

Plaie du pied diabétique : étude qualitative des obstacles à l'observance de la décharge

Candice Kembellec

▶ **To cite this version:**

Candice Kembellec. Plaie du pied diabétique : étude qualitative des obstacles à l'observance de la décharge. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01445924

HAL Id: dumas-01445924

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01445924

Submitted on 25 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015 N° 188

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Candice KEMBELLEC

Née le 17/04/1984 à Poissy

Le 17 décembre 2015

Plaie du pied diabétique : étude qualitative des obstacles à l'observance de la décharge

Directeur de thèse

Madame le Docteur Céline REGNIER

Jury

Monsieur le Professeur Vincent RIGALLEAU	Président
Monsieur le Professeur Eric DUCASSE	Juge
Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER	Rapporteur
Monsieur le Docteur Michel CAMPECH	Juge
Madame le Docteur Céline REGNIER	Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Vincent RIGALLEAU,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition
CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Eric DUCASSE,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Chirurgie Vasculaire
CHU de Bordeaux

Vous avez accepté sans hésiter de juger mon travail. Veuillez accepter l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER,
Maître de Conférence Associé
Département de Médecine Générale
UFR Santé de la Réunion

Vous avez accepté d'être le rapporteur de cette thèse, et de participer au jury. Vous êtes resté bienveillant et disponible malgré mes nombreux e-mails. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Michel CAMPECH,
Praticien Hospitalier
Médecine Physique et de Réadaptation
CHU de la Réunion, Site Felix Guyon, Saint Denis

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Céline REGNIER,

Praticien Hospitalier

Diabétologie et Endocrinologie

Centre Hospitalier Gabriel Martin, Saint Paul, Réunion

Céline, tu m'as permis d'aborder un sujet passionnant, devenu une préoccupation quotidienne. Tu m'as guidée à chaque étape. J'ai pu observer ta façon de pratiquer la Médecine, qui restera une source d'inspiration pour moi. J'espère avoir un jour ne serait-ce qu'un peu de ta compétence et de ta modestie. Sois assurée de ma gratitude et de mon amitié.

A messieurs les Docteurs Eric Jarlet et Vincent Appavoupoullé, merci de m'avoir accueillie à vos consultations et dans vos services. Votre sollicitude, votre compréhension et votre intérêt pour ce travail m'ont touchée.

A l'ensemble des personnels administratifs sollicités au long de ce travail, en particulier Mme Da Ros, merci pour votre accueil souvent bienveillant, et toujours efficace.

A Madame le Docteur Marie-Claude Boyer, ma « mère spirituelle », quelques lignes ne suffiraient pas à exprimer toute ma reconnaissance et mon affection. Nos échanges et nos fous-rires, indubitablement, me manqueront.

A mes confrères du service de Diabétologie, et dans l'ordre d'apparition, les Docteurs Bakiri, Debussche, et Pochet, merci de votre confiance, de vos conseils, et de votre soutien moral. Soyez surs de mon amitié, et de mon intention de continuer à travailler avec rigueur et bonne humeur.

A l'ensemble des médecins du CHU Réunion Site Felix Guyon avec lesquels j'ai eu l'occasion de travailler (avec une mention spéciale pour mes confrères néphrologues, infectiologues, rééducateurs, chirurgiens vasculaires et orthopédistes), merci de m'avoir fait confiance pendant cette longue période en tant que FFI. J'espère que cet esprit amical et solidaire perdurera dans notre établissement.

A l'ensemble de l'équipe para-médicale et administrative du service de Diabétologie, merci, vous qui m'avez connue interne, de m'avoir accueillie dans la famille. Cette ambiance unique est une des raisons principales de mon choix de carrière. Un clin d'œil particulier à ma bande du midi : Freda, Régine, Isabelle, Pamela ; merci pour nos échanges gastronomiques et autres.

A Pedro, merci de m'avoir supportée durant ce travail, et depuis maintenant bientôt huit ans. Même si nos caractères respectifs font parfois des étincelles, je sais que je ne me suis pas trompée.

A Nina, source de mes plus grandes joies. Sans toi, j'aurais probablement été docteur plus vite, mais ma vie serait infiniment moins belle.

A mes amis, qui m'ont soutenue, et en particulier : Adeline (merci pour ta relecture et les corrections sans concession ! Repasse ta thèse et je te promets que cette fois ci je serai à l'heure), Julie (pour le coaching sportif… et tout le reste), Diane, Gaëlle, Olivier, Anne-Laure. Merci à tous pour votre amitié si précieuse, je ne suis souvent pas à la hauteur…

A mes parents, merci de m'avoir permis de faire ces études. Je suis fière de vos parcours de vie, et des valeurs que vous m'avez transmises. Sans elles, je n'aurais pas dépassé la première année de médecine.

A Manuella, Manou, ma sœur, ma meilleure amie, ma karmote du Berry. Il y a tellement de choses pour lesquelles je te suis reconnaissante, je ne peux pas en faire la liste ici.

A Barbara, merci pour ton soutien et tes tentatives de conseils pour la rédaction de cette thèse. Je sais que je ne suis pas une belle-fille facile…

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **2**

TABLE DES MATIERES **6**

INTRODUCTION **8**

MATERIEL ET METHODES **9**

RESULTATS **11**

Facteurs liés à la pathologie **11**

Facteurs liés à la décharge **15**

Facteurs liés à la chaussure de décharge **18**

Autres thèmes dégagés **25**

DISCUSSION **31**

Principaux résultats, implication en pratique clinique **31**

Comparaison à la littérature existante **33**

Limites de l'étude ; Ouvertures sur d'autres recherches **34**

Le rôle des soignants ? **35**

CONCLUSION **36**

BIBLIOGRAPHIE **37**

ANNEXES **41**

Annexe 1 : Caractéristiques des patients interrogés : **41**

Annexe 2 : Approfondissement des aspects abordés en introduction **43**

I - La plaie du pied diabétique : généralités **43**

1 - Le pied diabétique : définition 43

2 – Prévention 43

II – Epidémiologie **44**

1 – Une pathologie fréquente et en augmentation 44

2 – Pas de sur risque pour la population réunionnaise 44

3 – Des coûts importants 44

III – Pronostic 45
1 – Mortalité 45
2 – Récidive 45
3 – Amputation 45

IV - Pathogénicité 45
1 – Neuropathie 45
2 – Artériopathie 46
3 – Autres facteurs favorisants 46
4 – Rôle de l'hyperglycémie 46
5 – Complication : l'infection 47

V – Conduite à tenir thérapeutique 47
1 – Aspects multiples 47
2 – Amputations 48

VI – La décharge 49

VII – L'observance 50
1 - L'observance du traitement en général 50
2 - L'observance de la décharge ? 51
3 - Taux d'observance généralement observé 52

VIII – Caractéristiques des patients porteurs de plaie du pied 53
1 – Prédominance masculine 53
2 – Niveau socio-économique 53
3 – Niveau de qualité de vie 53
4 – Caractéristiques psychologiques : anxiété, dépression, représentations 53
4 – Traits de personnalité ? 54

SERMENT MEDICAL 55

INTRODUCTION

Le pied diabétique est le résultat de plusieurs complications dégénératives du diabète, que sont la neuropathie et l'artériopathie des membres inférieurs. Par ce processus, 12 à 25% des patients diabétiques auront une plaie du pied au cours de leur vie (1). Jusqu'ici, la prévention primaire des plaies du pied diabétique n'a pas fait la preuve scientifique de son efficacité (2,3). Le pronostic est catastrophique : 50% de mortalité à 5 ans (décès majoritairement d'origine cardiovasculaire), récidives fréquentes, amputations (4–8). Les patients concernés sont plus fragiles, par leurs complications dégénératives multiples et les pathologies associées, plus volontiers déprimés, et de niveau de qualité de vie inférieur (7,9–11).

Sans tenir compte de la plaie elle-même, leur traitement est déjà lourd : règles hygiéno-diététiques, traitement polymédicamenteux, suivi médical rapproché. L'existence de la plaie alourdit encore le traitement et les examens complémentaires.

Je me suis intéressée en particulier à un volet du traitement qui consiste à « décharger » la plaie du pied, c'est à dire abolir toute pression et tout frottement à son niveau, le plus souvent par des méthodes amovibles (chaussures thérapeutiques) (12). Il est admis qu'une plaie du pied non déchargée est une plaie non traitée. En pratique clinique, nous voyons souvent nos patients arriver en consultation avec leur chaussage habituel, typiquement des savates deux doigts (nom utilisé à la Réunion pour les tongs), ou pour nous faire plaisir ou peut-être éviter nos remontrances, leur chaussage adapté sans aucun signe d'usure. L'observance médiocre est constatée également dans la littérature (13,14). La plupart des auteurs ne semblent pas envisager de possibilité d'amélioration de l'observance, et ne proposent pas d'autre alternative que la mise en place d'une méthode inamovible pour tout patient porteur de plaie qui n'aurait pas de contre-indication à cette méthode (13,15–19), ce qui pose le problème du respect de la volonté du patient dans un contexte ou l'alliance thérapeutique est préférée au modèle paternaliste de relation thérapeutique.

Quels sont les facteurs d'inobservance de la décharge ?

On imagine aisément que la prescription d'un dispositif de décharge implique pour le patient un aménagement de son mode de vie, un besoin accru de soutien social, une possible atteinte à l'image de soi, et un suivi médical alourdi ne serait-ce que pour la réévaluation du dispositif.

Quel est le vécu des patients ? Quels sont les obstacles à la mise en place ou au maintien de leur motivation à observer la décharge ?

La présente étude a été menée pour répondre à la question suivante : quels sont les freins exprimés par les patients à qui il est recommandé de décharger leur plaie du pied diabétique ?

MATERIEL ET METHODES

Pour répondre à cette dernière question, une étude qualitative semblait la plus appropriée, car il s'agissait d'établir une liste la plus élargie possible des facteurs d'inobservance et des les décrire. J'ai donc procédé à des entretiens semi-directifs.

Dix entretiens ont été exploités. Quatre entretiens exploratoires avaient été menés en octobre 2013, sans grille d'entretien, auprès de patients (un homme et trois femmes) suivis à la consultation Pied Diabétique du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion site Nord (Hôpital Felix Guyon, situé à Bellepierre, Saint Denis de la Réunion). Ces entretiens avaient duré entre 14 et 41 minutes. Après revue de la littérature, un guide d'entretiens a été élaboré, avec 6 questions principales, qui selon nous exploraient les principaux types d'obstacles qui étaient documentés dans la littérature, mais restaient suffisamment ouvertes pour permettre l'émergence de nouveaux thèmes :

- Depuis que vous êtes soigné pour un problème de pied, on vous dit qu'il ne faut pas marcher dessus, et on vous a peut être prescrit une chaussure spéciale. Qu'en pensez-vous?
- Avant, comment marchiez-vous ?
- Pourquoi avez-vous une plaie ? (+/- Est-ce grave ?)
- A votre avis, quel traitement faut-il faire ?
- Que pense votre entourage de tout ça ?
- Comment voyez-vous votre avenir ? (+/- Que se passera-t-il si vous guérissez ?)

A ces questions, d'autres ont été ajoutées au cas par cas, en fonction du déroulement de l'entretien et des orientations qui en découlaient. Les critères de recrutement des patients ont été recadrés, visant uniquement des patients porteurs de plaie active du pied et pour lesquels une méthode de décharge avait été prescrite et expérimentée. Du fait de l'absence de patients correspondant aux critères d'inclusion dans le service du Chu de la Réunion Site Nord, les lieux de recrutement ont été élargis à l'ensemble des centres spécialisés de l'île, dans les services de Diabétologie-Endocrinologie des établissements publics : Centre Hospitalier Gabriel Martin à Saint Paul, Site sud du CHU à Saint Pierre, Groupe hospitalier Est Réunion à Saint Benoit. Ainsi, six patients supplémentaires (cinq hommes et une femme) ont accepté l'entretien entre juin et septembre 2015. Les entretiens on duré entre 9 et 43 minutes. Trois patients supplémentaires ont accepté l'entretien mais leurs enregistrements n'ont pas été exploités : un patient qui n'a pratiquement pas parlé, son épouse ayant répondu à sa place ; un patient souffrant vraisemblablement de problèmes mentaux et qui n'a pas su répondre aux questions ; enfin un patient âgé souffrant d'hypoacousie, qui ne comprenait pas les questions et dont je ne comprenais pas les réponses en créole. Les entretiens ont été arrêtés lorsque la saturation des données a été obtenue.

Le délai entre les entretiens exploratoires et les entretiens suivants s'explique par mon activité de Faisant Fonction d'Interne au sein du service de Diabétologie-Endocrinologie du CHU de la Réunion Site Nord, entre novembre 2013 et avril 2015, qui ne me permettait pas de mener en parallèle cette étude.

Tous les entretiens ont été menés par moi-même, qui me présentais comme étudiante. En effet, le fait de se présenter comme médecin aurait pu modifier les réponses des patients. Ainsi, ont été

exclus de cette étude les patients pour lesquels j'avais été impliquée dans la prise en charge et qui me connaissaient.

Après accord du patient (oral pour les exploratoires, écrit pour les suivants), les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, puis retranscrits verbatim.

Ils ont ensuite été analysés au fur et à mesure par le Dr Regnier et moi-même, et des thèmes ont été dégagés selon la méthode de théorisation ancrée. La traduction des extraits d'entretiens retranscrits dans les résultats a été faite par moi-même, et corrigée par deux collègues réunionnaises, Mme Rakotoarivony, infirmière d'éducation, et Mme Arrighi, podologue.

RESULTATS

Plusieurs thèmes ont pu être dégagés, qui peuvent être regroupés en trois parties : les facteurs liés à la pathologie, ceux liés à la décharge en elle-même, et enfin ceux liés à la chaussure de décharge. Ils sont exposés ici, à l'aide de citations extraites des entretiens. Ces extraits sont exposés dans des cadres en pointillés, et une traduction du créole a été faite lorsque jugée nécessaire. En ce qui concerne la patiente numéro 2, le langage était composé de français, de créole et de mahorais, rendant la traduction difficile. Des informations objectives sur les patients (âge, éléments d'anamnèse, type de décharge prescrite) sont disponibles en annexe.

D'autres thèmes ont été dégagés, ne représentant pas des obstacles à l'observance, mais qu'il nous semblait intéressant d'exposer. Ils seront détaillés dans le dernier paragraphe.

Facteurs liés à la pathologie

Lassitude et perte de perspective

La durée d'évolution des plaies entraine une perte de motivation chez bon nombre de patients. L'évolution est pour eux imprévisible, mais la guérison est tout de même toujours espérée.

« I va guérir, oui, mais faut prendre le temps ! Parce que quand ou lé diabétique, lé pas pareil. Quand ou lé normal, tout de suite, lé bon ! Mais quand ou lé diabétique, là i prend trop le temps. […] Mais soment, pour moi là, mi trouve i amuse trop, i amuse trop pour guérir. » (patient 1)

« Ça va guérir, oui, mais il faut prendre le temps ! Parce que quand vous êtes diabétique, ce n'est pas pareil. Quand vous êtes normal, tout de suite, c'est bon ! Mais quand vous êtes diabétique, là, ça prend trop de temps. Mais seulement, pour moi, là, je trouve que ça tarde trop, ça tarde trop à guérir. »

« oh là, mon avenir ! J'en sais rien, je le vois pas vraiment parce que… enfin à court terme, pas vraiment très court terme, mais à court terme malgré tout, j'espère surtout guérir de mes plaies. » (patient 5 - 66 ans)

« Haha, l'avenir, maintenant mi espère un peu de guérison là-dessus, sinon ça il est guéri après hein, le reste hein ! Le reste de toute façon, l'avenir, à mon âge, le mien lé fini !» (patient 7 - 63 ans)

« haha, l'avenir, maintenant j'espère un peu de guérison sur cette plaie, et si ça guérit, le reste hein ! Le reste, de toute façon, l'avenir, à mon âge, le mien est fini ! »

« - *et comment est ce que vous voyez l'avenir, là ?*
- bah moi, euh. J'essaye de voir en rose ! Ou connais, euh, il faut mettre une croix sur beaucoup de choses, hein ! Moi ça, moi c'est, j'ai fait le deuil moi de ça. J'essaye de… euh, oublier, lé difficile parce que le mal est toujours là. » (patient 8)

« Bah moi, euh, j'essaye de le voir en rose ! Vous savez, euh, il faut mettre une croix sur beaucoup de choses, hein ! J'ai fait le deuil moi de ça. J'essaye de… oublier c'est difficile, parce que le mal est toujours là. »

« - Mi vois lé sombre mon avenir. […]Quand va arrive pou aller, va aller. Donc c'est tout.
- *Et ça va guérir ou pas alors ça ?*
- Ben là i paraît la bien monté la chair, depuis nous mett le H… , là. I arrive des jours que zot i voit i remonte pu, la chair. Ben, zot i rode autre chose pour remettre dessus, i change temps en temps, pou voir. […]Quand i dit ça améliore, moin lé contente quand même, hein. Mi dis que peut être n'aura une fin, ou vois ? […]Mi projette pas moi toute façon trop dans l'avenir, parce que là, en octobre, ça fera deux ans là.» (patiente 9 - 57 ans)

« - Je vois qu'il est sombre, mon avenir. Quand la mort arrivera, je partirai, tant pis. Donc c'est tout.
- *Et ça va guérir ou pas alors ça ?*
- Ben là, il parait que la chair a bien monté, depuis qu'on met l'H…, là. Il arrive parfois qu'ils voient que ça ne remonte plus, la chair, alors ils cherchent autre chose pour mettre dessus, ils changent de temps en temps, pour voir. Quand il dit que ça s'améliore, je suis contente, quand même. Je me dis qu'il y aura peut être une fin, vous voyez ? Je ne me projette pas trop dans l'avenir de toute façon, parce que là, en octobre, ça fera deux ans. »

On remarque que des patients, pourtant jeunes, ne se voient pas d'avenir. Est ce la manifestation de syndromes dépressifs ? Leur avenir se limite-t-il à l'évolution de leur plaie ? Cette évolution, souvent en dents de scie, ne leur permet probablement pas de se projeter.

Dépression, anxiété

Les plaies du pied, et la menace d'amputation qui en découle, peuvent être génératrices d'une grande anxiété chez les patients, laquelle peut devenir paralysante et mettre de la distance entre le patient et les soins à faire. Ainsi un patient décrivait des troubles anxieux allant jusqu'à l'attaque de panique, en rapport avec sa plaie et les différents soins et examens entrepris :

« […] maintenant mi gagne pas regarder, moi. Parce que moi la trop… trop peur ! […] mi regarde pas du tout, même comme ça. Mi fais comme ça, mi veux pas voir le pied. Et puis, en plus que ça, i faut pas i dit amoin kossa i fait ek mon pied. […] Faut pas dire, faut laisse comme ça même. Quand lé guéri, ou dis amoin, là mi lé d'accord. Mais tant que lé pas encore guéri, faut pas dire amoin kossa li fait ek mon pied. Parce que c'est la peur, beaucoup beaucoup beaucoup. » (patient 1)



« Maintenant je n'arrive pas à regarder, moi. Parce que j'ai trop, trop peur ! Je ne regarde pas du tout, même comme ça. Je fais comme ça, je ne veux pas voir ke pied. Et puis, en plus, il ne faut pas me dire ce qu'on fait avec mon pied. Il ne faut pas me dire, il faut laisser comme ça. Quand c'est guéri, vous me le dites, là d'accord. Mais tant que ce n'est pas encore guéri, il ne faut pas me dire ce qu'on fait avec mon pied. Parce que ça me fait peur, beaucoup beaucoup. »

Une autre patiente, ayant été amputée en urgence en trans-métatarsien, était vraisemblablement déprimée et se focalisait sur l'injustice de sa situation, ne permettant pas d'envisager la guérison de sa plaie post opératoire comme un but, et encore moins la décharge de sa plaie.

« - Il coupait les doigts, là, tout ça, et puis il coupait en bas, et puis… la vie foutue !
- *Pourquoi ?*
- Ahhhhhh…. Qui t'aime amoin ? […] aujourd'hui, qui monsieur t'aime amoin ? qui ? avant mi pas coupé les jambes, mais mon mari laisse amoin il a une autre. Aujourd'hui qui, qui ?» (patiente 2)



« - il a coupé les orteils, là, tout ça, et puis il a coupé en bas… la vie est foutue !
- Pourquoi ?
- Ahhhh… qui va m'aimer ? Aujourd'hui, quel homme va m'aimer ? Avant, je n'avais pas le pied coupé, mais mon mari m'a laissée, et est parti avec une autre. Aujourd'hui, qui va m'aimer ? qui ? »

Ainsi, cette patiente au cours d'un entretien de 40 minutes, a utilisé quinze fois le mot « foutu » (« il coupait, aïe aïe aïe, la vie foutue foutue foutue, complètement foutue ! »), et ne m'a jamais laissé réorienter l'entretien vers le problème de la décharge. Son discours était envahi par son sentiment d'injustice, ses reproches envers le chirurgien qui l'avait amputée, et ses problèmes sociaux et financiers.

Une autre patiente, qui avait pourtant un ton très jovial et une communication très facile, finissait par dire, à l'évocation de son avenir :

« […] ma a pu le gout à rien de toute façon ! Voilà. Du moment moin la mon manger, mi rode pas plus ! » (patiente 9)



« Je n'ai plus le goût à rien, de toute façon ! Voilà. Du moment que j'ai de quoi manger, je ne cherche pas plus.

Le diagnostic et le traitement de ces troubles psychologiques sont donc vraisemblablement insuffisants, et pourtant indispensables à l'implication du patient dans son traitement.

Locus de contrôle externe, fatalisme

L'état de santé dégradé est bien souvent perçu comme une fatalité, et le patient ne s'en sent pas responsable, pas plus que de son traitement. C'est à l'équipe soignante de s'en occuper. Parfois même, c'est un soignant qui est désigné comme coupable de la dégradation.

« Si mon pied est comme ça, là, pour moi mi pense c'est la faute docteur. » (désignant le remplaçant de son médecin traitant, consulté en premier lorsque l'évolution de la plaie avait semblé défavorable, et qui n'aurait pas examiné son pied).

« non ! c'est pas parce que moi la percé que la fait ça hein ! »

« peut être lé héréditaire aussi, parce que mon papa, quand lé mort, même pied, même le doigt de pied, c'est le même que la coupé. […] là moi aussi, la coupe la mienne, et c'est le même pied. Peut être lé héréditaire, mi connais pas ». (patient 1)



« Si mon pied est comme ça, là, moi je pense que c'est la faute du docteur. »

« Non ! C'est pas parce que je l'ai percée [l'ampoule] que ça a fait ça, hein ! »

« Peut être que c'est héréditaire aussi, parce que mon père, quand il est mort, c'était le même pied, et le même orteil, qu'on lui a coupé. Là moi aussi, on a coupé le mien, et c'est le même pied. Peut être que c'est héréditaire, je ne sais pas. »

« moi je veux pas critiquer personne, j'aime pas ça, mais le Dr (…) qui travaille ici, pour faire un prélèvement osseux, carrément, le boug, la pris un burin et la fait un trou. Tandis que j'ai déjà fait un prélèvement osseux à la Bellepierre, la fait un petit trou. Je critique pas, hein, c'est peut être le diabète aussi qu'a fait, euh… » (patient 8)



« moi je ne veux critiquer personne, j'aime pas ça, mais le Dr … qui travaille ici, pour faire un prélèvement osseux, carrément, le mec, il a pris un burin et il a fait un trou. Alors que j'ai déjà fait un prélèvement osseux à Bellepierre, il a fait un petit trou. Je ne critique pas, hein, c'est peut être le diabète aussi… »

Une patiente estimait être responsable de la non guérison de sa plaie, car n'arrivait pas à contrôler ses apports alimentaires qu'elle savait excessifs, occasionnant un déséquilibre hyperglycémique constant :

«- C'est ça, c'est ça i fait monte mon diabète, et la guérison lé difficile. Voilà i guérit pas ! Puisque c'est, c'est enfin, en même temps c'est moi-même l'auteur ! […]
- Est-ce que vous avez un rôle important à jouer là pour guérir ?
- Mais non, mi pense pas parce que c'est le manger même ! Voilà. Voilà mi peux pas rester sans manger.»



« C'est ça ; c'est ça qui fait monter mon diabète, et la guérison est difficile. Voilà, ça ne guérit pas ! Puisque c'est, enfin, en même temps, c'est moi-même l'auteur !

- Est-ce que vous avez un rôle important à jouer là pour guérir ?
- Mais non, je ne pense pas, parce que c'est vraiment l'alimentation ! Voilà, voilà je ne peux pas rester sans manger. »

Elle semble donc s'estimer responsable mais ne pas être capable de changer, et d'influer ainsi sur sa guérison. L'attitude de l'équipe soignante vis à vis de ce problème de comportement alimentaire n'est pas faite pour l'en dissuader :

« A la maison, moin na tendance à avoir faim tout le temps. Voilà, donc mi peux pas… même ma finn nir ici, l'atelier, bon ben on dirait i rentre par là, i ressorte par là, donc euh, là justement, aujourd'hui, ça qui fait pour le diabète là, i vient mange avec bana, aujourd'hui le jeudi. Ca i vient pas voir amoin dans ma chambre, ça i dit lé inutile ! » (patiente 9)



« A la maison, j'ai tendance à avoir faim tout le temps. Voilà, donc je ne peux pas… je suis déjà venue ici, pour l'atelier, bon ben on dirait que ça rentre par une oreille et ça ressort par l'autre, donc là justement, aujourd'hui, la personne qui s'occupe du diabète, là, qui vient manger avec eux (les patients), aujourd'hui le jeudi. Elle ne vient pas me chercher dans ma chambre, elle dit que c'est inutile ! »

Il est difficile pour un patient d'être convaincu qu'il peut agir et changer les choses, quand l'équipe soignante semble elle même avoir abandonné.

Facteurs liés à la décharge

Limitation des activités

Le fait de devoir ne pas appuyer sur leur pied, et a fortiori de devoir porter une chaussure de décharge, empêche les patients de poursuivre des activités qui jusqu'alors étaient quotidiennes. Ces

activités, souvent de loisirs, sont prépondérantes dans le maintien d'une vie sociale « normale », et leur arrêt entraine un isolement dont les conséquences sont aisément imaginables.

« Pi moin la une voiture, na deux mois i dort dans la maison, i roule pas du tout. Encore c'est un voiture diesel, si ça i marche pas, là, après fini. I amuse pour reprendre, ça fait tout ensemble pareil. I fatigue amoin ».
« - mi crois pas, peut être si mi gagne un peu faire de la marche à nouveau, mi va continuer, oui.
- *Vous avez envie de reprendre la marche ?*
- Bien sûr moi la envie. » (patient 1)



« et puis j'ai une voiture, ça fait deux mois qu'elle dort à la maison, elle ne roule plus du tout. Encore, c'est une diesel, si elle ne roule pas, après, c'est fini. Ça met du temps à reprendre, ce qui fait que tout ça ensemble, ça me fatigue. »
« je ne crois pas, mais si j'arrive à refaire un peu de marche, je vais continuer, oui.
- Vous avez envie de reprendre la marche ?
- Bien sûr que j'en ai envie. »

« - Moi qui aimais bouger, tourner, virer, j'avais une voiture, j'aimais soigner les animaux, j'allais à la chasse, le lièvre. Mais j'ai raccroché le fusil, hein, bien obligé !
- *Vous avez dû arrêter plein d'activités*…
- Même là, il faut pas trop bouger. Je suis un petit oiseau, un canari.
- *Ça vous pèse de pas pouvoir bouger ?*
- Ah oui, sinon, moi l'aurais pas été là, hein ! j'aurais été à Brest ! » (patient 8).

« Ben, là mi gagne plus conduire moi, deux ans mi conduis plus, rien ! » (patiente 9)



« Ben, là je n'arrive plus à conduire moi, ça fait deux ans que je ne conduis plus, rien ! »

Quand on évoque les modifications qu'entrainerait la guérison de leur plaie, certains patients sont ainsi très enthousiastes :

« […] ça me permettrait déjà de bouger un peu plus, chez moi, d'aller voir plus des amis, de conduire ma voiture, c'est déjà un bon, bon avantage par rapport à la vie que j'ai actuellement, et le fait aussi d'aller moins souvent à l'hôpital, bon, c'est déjà beaucoup. » (patient 5)

« Ah bah là, c'est la fête. Mi pourra reconduire, et puis euh, aller voir les amis, sorte un peu. Parce que là mi sorte plus du tout hein, là. […] Mais après, si jamais mi remets amoin d'aplomb, sera la fête, et puis euh, essaye voyager un petit peu quand même. » (patiente 9)



« Ah bah là, c'est la fête. Je pourrai reconduire, et puis aller voir les amis, sortir un peu. Parce que là je ne sors plus du tout, hein. Mais après, si jamais je me remets d'aplomb, ce sera la fête, et puis, je vais essayer de voyager un petit peu quand même. »

La limitation de la marche au minimum modifie la place dans la famille, et dans la société, et induit un état de dépendance envers les soignants, et l'entourage, alors même que certains patients avaient initialement un rôle de « chef de famille ».

« Voilà, faut mi gagne marcher. Comme moi la un petit garçon té malade, ben moi comme l'était emmerdé faire papiers pour lui, té gagne pas faire papiers, parce que, moi dois faire papiers pour lui envoyer la CAF. Heureusement mon dame la fait. Lé partie faire. La gagne faire. » (patient 1)



« Voilà, il faut que j'arrive à marcher. Comme j'ai un petit garçon qui est malade, eh bien j'étais embêté pour faire des papiers pour lui, je ne pouvais pas, parce que je dois faire des papiers pour lui à envoyer à la CAF. Heureusement ma femme l'a fait. Elle est partie le faire. Elle a pu le faire. »

« […] autre problème avec des chaussures comme ça je peux pas conduire. Et donc, gros problème parce que je suis totalement dépendant de ma femme, qui heureusement a le permis et conduit une voiture, parce que bon je peux plus conduire ma voiture, donc, là, même chose, beaucoup de perte de temps, beaucoup de sollicitation systématique de ma femme pour aller à la pharmacie, pour aller ci, pour aller là, alors qu'avant je faisais tout ça tout seul, donc beaucoup moins d'autonomie. »

« - *Et par exemple, si on vous avait dit, y a le choix, soit des chaussures comme ça, soit on peut mettre un plâtre, soit on vous oblige à rester au lit ?*
- Ah non, là je préférais les chaussures !
- *Est-ce qu'on vous l'a demandé ? est ce qu'on vous a proposé ?*
- On m'en a parlé. On m'a dit, oui, si… en fait c'est pas le podo-orthésiste qui m'en a parlé, c'est plutôt les médecins, qui m'ont dit : le mieux c'est quand même que vous restiez au lit, que vous bougiez pas. Bon je leur ai dit, il n'est pas question. Bon après, c'est le plâtre, ça revient au même, si vous voulez, je me trimballe… en plus moi j'ai les deux ! Si j'en avais un, je dirais éventuellement, avec des béquilles, mais les deux, même si je bouge pas beaucoup, que j'aie au moins un minimum d'autonomie, que je puisse aller aux toilettes tout seul, des choses toutes bêtes, qu'on fait tous les jours et qui me semblent nécessaires, donc on se dit, non, voilà. Des trois je préfère largement les chaussures, ça y a pas de doute. […] Le mieux, c'est de pas bouger quoi, d'être immobile et de pas appuyer le pied au sol. Mais qui est ce qui a envie de faire ça ? même moi je le fais, mais contraint et forcé, quoi, ça m'amuse pas hein. Et la seule solution c'est l'hôpital, parce qu'à la maison j'aurais trop de sollicitations, pour refuser de bouger, rester sur le lit, voyez ? C'est sur que je le ferais pas. » (patient 5)

« - *Vous osez plus demander, en fait.*
- Non, plus. Non plus, parce que zot i peut pas faire tout le temps pour ou. I dit aou zot i occupe déjà la case, i fait cuire un bouchée manger pour moi manger, ben, rode pas plus ! Et i a sava paye mes impôts pour moin, et mon frère i travaille aussi, donc li est pas là tout le temps non plus hein. […] Et comme mi gagne pas marcher pour aller faire démarches… » (patiente 9)



« - *Vous osez plus demander, en fait.*
- Non, plus. Non, plus, parce qu'ils ne peuvent pas faire tout le temps pour vous. Ils vous disent qu'ils s'occupent déjà de la maison, ils cuisent un peu de nourriture pour moi, ben, faut pas chercher plus ! Et ils ont payé mes impôts pour moi, et mon frère travaille aussi, donc il n'est pas là tout le temps non plus. Et comme je n'arrive pas à marcher pour aller faire des démarches…

Facteurs liés à la chaussure de décharge

Problème esthétique et atteinte à l'image de soi

La principale plainte des patients concerne l'aspect des chaussures prescrites, qu'elles soient transitoires ou non. Le regard des autres est craint, et pousse souvent les patients à laisser leur chaussure de côté. Qu'il s'agisse d'une chaussure thérapeutique à usage transitoire ou permanent, elle est souvent trouvée inesthétique. Les femmes ont tendance à trouver que la chaussure manque de féminité, mais un homme nous a également rapporté un manque de virilité.

« - et puis, chaussure dame donne amoin grand.
- *Vous trouvez que c'est pas adapté, que ça vous va pas ?*
- Elle dit, docteur il commande numéro à moi. La semaine finit, et après je trouve.[…] Grande chaussure, petit pied : ça veut dire quoi ? les gens…
- *Vous avez honte ?*
- Ah oui ! Quand je sors dehors, dans la rue, je laisse. Je fais exprès. Je laisse, le pied… la chaussure à la maison. » (patiente 2)

« - […] c'était pas joli !
- *Ah, donc c'était pas beau ?*
- Ah non, c'était pas beau… vilain !
- *Et donc, ça vous gênait beaucoup ?*
- Ah ça beh oui ! Tout le monde i regarde, « kossa monsieur la hein ? » ou connais comment créole il est, hein… » (patient 8)



« - C'était pas joli !
- *Ah, donc c'était pas beau* ?
- Ah non, c'était pas beau… vilain !
- *Et donc, ça vous gênait beaucoup* ?
- Ah, ça, beh oui ! Tout le monde regarde, « qu'est ce qu'il a ce monsieur ? », vous savez comment sont les créoles… »

«- Regardez la chaussure : elle est pas jolie ! C'est le Titanic dans mon pied ! Si c'est possible pour vous de faire, par exemple hein ? La paire. Peut faire la paire, quelque chose qui ressemble à… un petit peu plus esthétique.
- *Mais sinon, d'une manière générale, votre entourage, qu'est ce qu'ils disent de cette chaussure ? Vous n'avez peut être pas encore eu le temps de leur montrer* ?
- Non, j'ai pas encore montré, mais surement (l'épouse : « ça va choquer hein ! »), quand ils vont voir ça, ils vont se moquer. Enfin, peut être pas se moquer de moi, mais… (l'épouse : « non mais c'est choquant. C'est pas une chaussure, ça !) Non mais justement, le côté esthétique… pour moi, je me sens bien dedans, mais le côté esthétique, ce serait difficile pour moi de marcher dans la rue de Ste Marie avec ça ! […] Essayez de faire le modèle plus esthétique, qui ressemble moins à une chaussure… à une chaussure, je sais pas moi, qu'on peut porter tous les jours. Et quand vous faites, si possible de faire la paire, c'est mieux. […] et quand je marche, j'ai une paire de chaussures, et les gens voient que c'est une paire de chaussures.» (Patient 10)

« L'avantage de celles-ci (chaussures sur mesure), c'est qu'elles sont esthétiquement plus jolies ; celles là (chaussures de décharge du talon), moi je les appelle « lady gaga » parce qu'on a l'air un peu… […] Bon, l'esthétique on va pas trop chercher à paraitre beau, mais si on pouvait améliorer ça parce que celles-ci elles sont vraiment pas belles, quand on marche avec… une fille peut être, parce que c'est pour ça je les appelle lady gaga, parce qu'elles sont un peu bizarres, on se dit une fille pourrait les porter ça ferait pas trop trop… mais un garçon, c'est un peu la honte quoi. […] si vous voulez, le problème finalement, c'est que c'est celles qui sont les moins jolies, qui sont les plus efficaces. […] là, franchement, je me cacherais presque quoi, parce que je me dis quand même, je sais pas ! En plus, comme on est en bascule, on a l'impression qu'on marche mal, que les gens vous regardent en se disant « qu'est ce que c'est que ce gars qui marche comme un canard », ou je sais pas moi, je sais pas quelle démarche je peux avoir, je m'en rends pas compte, mais je dois certainement par avoir une démarche normale. Voyez, donc, si par exemple je vais au supermarché, j'éviterai de mettre celles là, je mettrai celles-ci. Parce que bon, il y a un minimum de décence, quoi !» (patient 5)

« moi la toujours pensé pour un chaussure orthopédique, un chaussure plein les deux côtés, moin ! Ca, et puis scratch. Ca peut être, oui, moin laurais arrivé à mettre toute seule. Et puis moins laurais été plus motivée. » (patiente 9)

⇨

« J'ai toujours pensé que ce serait une chaussure orthopédique, une chaussure fermée des deux côtés, moi ! ca, et puis avec scratch. Ca peut être, oui, j'aurais réussi à les mettre toute seule, et puis j'aurais été plus motivée. »

Ces patients aimeraient donc en définitive, une chaussure qui ressemblerait davantage à une chaussure « normale », c'est-à-dire semblable à celles que l'on pourrait trouver dans le commerce, et sous forme de paire.

Pour les chaussures sur mesure, ou de série à usage permanent, deux patientes ont souligné le manque de féminité.

> « J'ai un garçon de 10 ans, et un matin, y avait un côté qui était à mon chevet, dans la chambre, et puis il arrive et dit: «Maman», je lui dis qu'est ce qu'il se passe, il me dit «le monsieur a oublié sa chaussure». Ca m'a... ça m'a fait quand même quelque chose parce que je m'y attendais pas qu'il allait me sortir ça. J'ai dit ah bon il me dit «oui, y a qu'un côté». Je lui ai dit tu es sûr? Alors j'ai été obligée de lui expliquer que c'est pas à un monsieur, mais c'est à Maman. » (patiente 4)

Pour cette patiente, cependant, le contexte est un peu particulier puisqu'il s'agit de chaussures de série à usage permanent, obtenues après cicatrisation de son amputation d'orteil survenue quelques mois plus tôt, amputation qu'elle n'avait toujours pas acceptée.

« - […] soment, ça a fait chaussure pour moi, bah le chaussure, lé pareil demoun i travaille dans le bâtiment tout ça là, bah moi, moi la honte mettre.

- *Vous trouvez que c'est moche ?*

- Ah, lé moche ! […] l'a pas fait montre amoin quel soulier mi veux. La fait ça comme ça.

- *Vous auriez aimé qu'on vous donne le choix.*

- Bien sûr. Donne mon choix, beh mi regarde si lé joli ou pas.[…]

- *Et, imaginons, si on vous disait : mettre la chaussure, c'est le seul moyen de guérir le pied. Si vous ne mettez pas la chaussure, même si elle est très moche, ça ne marchera jamais.*

- Oui ! la dit amoin !

- *Donc même comme ça, c'était trop moche ?*

- Mi mette dans la maison. Et quand mi sorte comme ça, un ti sortie, mi mette les savates, les souliers. […] oui oui oui, il est moche… mi mettra pas. Le docteur a dit amoin mettre, mais mi mettra pas.»

« - […] mi sorte pas, presque pas.

- *Pourquoi ?*

- Bah, si faut mi mette les souliers, comme ça, sorte… parce que moi té aime aller en ville, faire les magasins, bah asteur mi peux pas. Ben, le soulier…. Si mi sava faut mi mette le soulier comme ça (montre les savates).

- *Et si on vous donnait un soulier qui vous plait, qui va avec les jupes, tout ça…*

- Oui

- *Là vous le porteriez tout le temps ?*

- Oui, oui, tout le temps. […] C'est le soulier qui défende amoin de sortir. » (patiente 3)

« - seulement, ils ont fait une chaussure pour moi, bah c'est une chaussure comme celle des gens qui travaillent dans le bâtiment. Bah, j'ai honte de la mettre.

- Vous trouvez que c'est moche ?

- Ah, c'est moche ! Ils ne m'ont pas demandé quel soulier je voulais. Ils ont fait ça comme ça.

- Vous auriez aimé qu'on vous donne le choix.

- Bien sûr. Qu'on me donne le choix, que je regarde si c'est joli ou pas.

- Et imaginons, si on vous disait : mettre la chaussure*, c'est le seul moyen de guérir le pied. Si vous ne mettez pas la chaussure, même si elle est très moche, ça ne marchera jamais.*

- Oui, on me l'a dit !

- *Donc même comme ça, c'était trop moche ?*

- Je mets dans la maison. Quand je sors, une petite sortie, je mets les savates, les souliers. Oui, c'est moche… je ne mettrai pas. Le docteur m'a dit de la mettre, mais je ne la mettrai pas. »

« - je ne sors pas, presque pas.

- *Pourquoi ?*

- Bah, si il faut que je mette les souliers comme ça pour sortir… parce que moi j'aimais aller en ville, faire les magasins, mais actuellement je ne peux pas. Le soulier… si je sors il faut que je mette le soulier comme ça (les tongs).

- *Et si on vous donnait un soulier qui vous plait, qui va avec les jupes, tout ça…*

- Oui

- *Là, vous le porteriez tout le temps ?*

- Oui, oui, tout le temps. C'est le soulier qui m'empêche de sortir. »

Déséquilibre

La seconde plainte la plus fréquente au sujet des chaussures transitoires, concerne le manque d'équilibre engendré par la différence de hauteur entre les deux pieds. Ce déséquilibre demande une modification de la marche, engendrant des douleurs. L'adaptation est longue, et les patients peuvent se décourager.

« […] et le gros défaut de celles-ci par contre (chaussures de décharge du talon), c'est le manque d'équilibre quand on marche avec. C'est toujours, on est toujours en bascule soit vers l'avant, soit vers l'arrière, et au début en tout cas, c'est très difficile à gérer, parce qu'on a l'impression qu'on va se casser la gueule à tout moment, et après on apprend, disons, à marcher avec, mais c'est toujours gênant de marcher comme ça […]. Et le fait qu'on sollicite – on le sent, on le sent à la fin de la journée, qu'il y a des muscles qui ont travaillé beaucoup, qui sont plus fatigués, et d'autres qui ont pas travaillez du tout, voyez, c'est-à-dire que, il faudrait trouver un moyen de mieux équilibrer la marche avec des chaussures à décharge. Je sais pas trop comment, mais… ça pose un problème, voyez ?» (patient 5)

« - Ah oui, c'est un habitude ! Mais les deux premiers jours lé pas facile, hein !
- *D'accord. Donc c'est parce que ça partait en avant.*
- Oui, la tendance à partir en avant. » (patient 7)

« Et tandis que là, un côté lé haut, un côté lé bas, i fatigue amoin plus encore » (patiente 9)

« Tandis que là, un côté est haut, un côté est bas, ça me fatigue encore plus ! »

« Déjà comme je vous dis, comme ça, quand je fais des petits tours comme ça dans la chambre, c'est bon, mais si je vais marcher un peu trop, je vais ressentir la douleur là, la fatigue de la jambe, ça c'est sur ! Parce que mon pied, il soulève à l'avant, mais je peux appuyer sur l'arrière, c'est l'arrière qui travaille. Bah ça va pas être égal, comment vous expliquer ça… Je vais pas pouvoir marcher correctement ! » (patient 10)

Des semelles sont parfois confectionnées pour tenter de surélever le pied controlatéral, à insérer dans la chaussure « habituelle » du patient, mais elles ne permettent pas de compenser parfaitement la différence de hauteur.

« C'est ça, là, beaucoup plus haut ! Voir si i donne une petite semelle. Parce que M. S., là, le fabricant, il met une petite semelle mais lé pas, il complète pas assez… » (patient 6)

« c'est ça, beaucoup plus haut ! Il faudrait voir à donner une petite semelle. Parce que M. S., le fabricant, il met une petite semelle, mais ce n'est pas, ça ne complète pas assez… »

Inconfort et insécurité

Certains patients sont méfiants vis-à-vis des chaussures prescrites et craignent la survenue d'autres complications.

« - *Donc là, vous allez marcher avec la chaussure alors ?*
- Oui mais moi la peur. Parce que mi vois la plaie lé là-dessous. Est-ce que li va pose là-dessus ? […]
- *Avant vous aviez peur de mettre une chaussure parce que vous aviez peur qu'elle ne soit pas adaptée ?*
- Voilà ! c'est ça. Eh beh oui ! parce que si… Quand moi la opéré ici, moi té mettre le chaussure, té saigne dessous. » (patient 1)

« - *Donc là, vous allez marcher avec la chaussure alors ?*
- Oui mais j'ai peur. Parce que je vois que la plaie est là-dessous. Est-ce que ça va appuyer dessus ?
- *Avant vous aviez peur de mettre une chaussure parce que vous aviez peur qu'elle ne soit pas adaptée ?*
- Voilà, c'est ça. Eh beh oui ! Parce que si… Quand je me suis fait opérer ici, j'ai mis la chaussure, et ça a saigné dessous. »

« le soulier que la donne amoin il tape là, bah là même i commence, i fait mal un petit peu aussi.[…] il remonte trop. Et des fois quand mi mette ça i chauffe un peu.» (patiente 3)

« Le soulier qu'on m'a donné, il tape là, eh bien là même ça commence, ça fait mal un peu. Il remonte trop. Et des fois, quand je mets ça, ça chauffe un peu. »

« […] mais c'est au niveau de là (montre l'avant-pied) de temps en temps i cogne dedans un, dedans un truc.
- *vous avez l'impression que c'est pas…*
- non, lé bien pour la décharge même de la plaie, lé zaffair… mais mi trouve lé pas assez sécurisé le… l'avant du pied si vous voulez bien. » (patient 6)

«- Mais c'est à ce niveau (avant-pied), de temps en temps ça cogne dans un truc.
- *Vous avez l'impression que c'est pas…*
- Non, c'est bien pour la décharge de la plaie, c'est bien… mais je trouve que c'est pas assez sécurisé le… l'avant du pied si vous voulez bien. »

« des fois, mi sens quand même que nena un espace dessous pour mon pied. On dirait là, le talon, mi sens quand même i frotte, i fait mal amoin. Donc, euh, le docteur la bien dit amoin, si jamais mi sens i fait mal, dis i va changer, ou mettra pu. […] comme c'est un morceau de chaussure devant, et de temps en temps mon pied glisse à terre, i fait mal ! Ben ! Donc, même zot i peut serrer, mi arrive pas à marche dedans. » (patiente 9)

« Des fois, je sens quand même qu'il y a un espace sous mon pied. On dirait là, le talon, je sens qu'il frotte quand même, ça me fait mal. Donc, euh, le docteur m'a bien dit, si jamais je sens que ça fait mal, je lui dis et il va changer, je ne la mettrai plus (la chaussure). Comme c'est un morceau de chaussure à l'avant, de temps en temps mon pied glisse par terre, ça fait mal ! Donc même si ils serrent, je n'arrive pas à marcher avec. »

Il semble que l'adaptation des chaussures au pied du patient et à sa ou ses plaie(s) ne soit pas suffisamment contrôlée. Après la prescription initiale, et un premier temps d'utilisation nécessaire à la mise en lumière d'éventuels défauts, le chaussage doit être réévalué.

Problème de latéralité

Deux patients ont rapporté une réticence à porter une chaussure qui soit ambidextre.

« - […] et il m'a dit c'est des chaussures standard, c'est-à-dire ça va pratiquement à tout le monde, quoi. Et, donc voilà, si vous voulez y a même pas de pied droit et de pied gauche.
- Ça, ça vous choque, qu'il n'y ait pas de pied droit ou gauche ?
- Ben ça fait bizarre, mais une fois qu'elles sont attachées ça fait pas de différence. » (patient 5)

« - […] peut être pour certaines personnes aussi - la dame là i revient amoi, son… - essaye de prendre un modèle de deux pieds si ou veux bien.
- Avec une droite et une gauche.
- Une droite une gauche, peut être.[.. .] voilà. La dernière fois, la dame là, dit amoi : « la lé bon, celle là est pas bon ». Mi dis aelle nena ni droite ni gauche, ou enleve la chaussure de là, mets sur out pied là, elle dit amoin là lé bon celle là lé pas bon. » (patient 6)

« Peut-être pour certaines personnes aussi – cette dame, là, me revient à l'esprit … - essayez de prendre un modèle avec deux pieds, si vous voulez bien.
- Avec une droite et une gauche.
- Une droite et une gauche, peut être. […] Voilà. La dernière fois, cette dame là, m'a dit : « là c'est bon, mais ici c'est pas bon ». Je lui ai dit qu'il n'y a ni droite ni gauche, vous enlevez la chaussure d'un côté, vous la remettez sur l'autre pied, elle me dit « là c'est bon, là c'est pas bon ».

Problème de mise en place

Certains patients sont incapables de mettre seul leur chaussure de décharge, et sont donc dépendants d'autrui. La gêne engendrée les incite à ne plus demander d'aide, et donc à laisser encore une fois de côté cette chaussure de décharge, ou à trouver des manœuvres qui pourraient être délétères.

« […] j'ai un problème du fait de mon embonpoint, j'arrive plus à atteindre mes chaussures, par exemple pour atteindre mes lacets. Donc même ça (CHUT à décharge du talon) je peux pas les mettre. Je peux les quitter, parce que j'ai trouvé une technique en tirant fort sur la jambe j'arrive à décrocher les lanières, là, mais par contre pour mettre les lanières ! parce qu'en plus il faut les glisser dans une boucle, puis les retourner et les ramener vers la droite, et ça j'arrive pas à le faire parce que courbé comme ça, je m'étouffe. […] donc je peux pas les mettre moi-même, donc gros souci, c'est que je suis obligé de solliciter l'aide de quelqu'un, ici c'est un infirmier (en hospitalisation), à la maison c'est ma femme, bon, vous voyez c'est un peu embêtant. […] ben vous voyez, par exemple, quand je pars… parce que moi je dialyse très tôt le matin […] et donc beh ma femme se lève à 4h et demie comme moi, uniquement pour me mettre les chaussures. Voyez, c'est aussi bte que ça. Mais moi, ça me, ça m'ennuie quoi, je me dis je lui coupe sa nuit, uniquement pour un petit truc de rien du tout, mais bon euh, si elle est pas là, je peux pas le faire. » (patient 5)

« - déjà moi toute seule mi gagne pas mettre.
- *Vous arrivez pas à les mettre toute seule*.
- Non, mi gagne même pu baisser, baisser. Là pour moin venir là c'est les infirmières y essayent enfile dans mon pied. Pour retirer là maison, quand mi arrive, soit bann l'ambulancier, i retire dans mon pied, ou si c'est mon frère ou la belle sœur est là, i tire dans mon pied. […]Moin na rien que mon frère, et la belle sœur. Ben, zot, bon ben zot lé d'accord que moi mi mett, mais zot i veut pas assiste amoin chaque fois ! Faut tout le temps quelqu'un lé derrière moin pou aide amoin pour mette la chaussure dans mon pied, pour retirer, donc mi reste dans mon fauteuil assise, mi regarde la télé ou bien moin lé sur mon lit.» (patiente 9)

« - Déjà, je n'arrive pas à la mettre toute seule.
- *Vous arrivez pas à les mettre toute seule*.
- Non, je n'arrive même plus à me baisser. Là, pour venir ici, ce sont les infirmières qui l'enfilent sur mon pied. Pour la retirer à la maison, quand j'arrive, soit ce sont les ambulanciers, qui l'enlèvent, soit c'est mon frère ou ma belle sœur. Je n'ai rien que mon frère et la belle sœur. Eh bien, eux, ils sont d'accord pour que je la mette, mais ils ne veulent pas m'assister à chaque fois : Il faut tout que le temps que quelqu'un soit derrière moi pour m'aider à mettre la chaussure, pour la retirer, donc je reste dans mon fauteuil, assise, je regarde la télé, ou bien je suis sur mon lit. »

Autres thèmes dégagés

Compréhension de la physiopathologie

Les patients interrogés semblaient avoir bien compris le rôle de la neuropathie ou de l'artériopathie dans la survenue de leur plaie.

« C'est ça : l'avait une pointe dessous mon pied, et comme moi lé diabétique, là, nous sent pas rien, nous. » (patient 1)

« C'est ça : il y avait un clou sous mon pied, et comme je suis diabétique, là, nous on ne sent rien. »

« - *Est ce que vous sentez moins bien sous les pieds ?*
- Euh bah là, i commence avoir un petit peu, mais moi-même mi sens, hein ! moi nana encore de sensibilité au niveau des pieds, i finn faire des tests en médecine B, i fait là, sur le système de tapis avec par exemple un rugueux, un doux, un un petit peu moins rugueux. » (patient 6)

« - *Est ce que vous sentez moins bien sous les pieds ?*
- Euh bah là, ça commence un petit peu, mais je sens, hein ! J'ai encore de la sensibilité au niveau des pieds, ils ont déjà fait des tests en médecine B, sur un système de tapis avec par exemple un rugueux, un doux, un un petit peu moins rugueux. »

« Et bon, lavait fait un pontage au niveau de l'artère, si ou veux bien, l'était pas assez alimenté, i arrivait pas assez de l'oxygène. » (patient 6)

« Et bon, ils ont fait un pontage au niveau de l'artère, si vous voulez bien, ce n'était pas assez alimenté, il n'arrivait pas assez d'oxygène. »

« ben les complications même que ma la commence à avoir ek le diabète, c'est en 2007. Là i commence des complications un peu plus… avoir les artères bouchées, les orteils que la commencé à gangréner. […] voilà mais au niveau des yeux aussi, moi na de complications. (patient 6)

« Eh bien les complications que j'ai commencé à avoir avec le diabète, c'est en 2007. Là ça a commencé à être des complications un peu plus… Avoir les artères bouchées, les orteils qui ont commencé à gangréner… […] voilà, mais au niveau des yeux aussi j'ai des complications. »

« […]et puis tout dernièrement là, les gros pépins sont arrivés, c'est à dire les escarres sous les pieds, dus à une paire de chaussures neuves que j'avais achetées. Mais des chaussures normales hein, euh, qui comportaient à l'intérieur une sorte de comment dire… une couture qui frottait, je ne m'en rendais pas compte parce que moi j'ai les pieds quasi insensibles du fait de ma neuropathie, et donc les deux coutures de part et d'autre des chaussures ont cisaillé mes pieds sans que je m'en rende compte […]. » (patient 5)

De même, le rôle de l'hyperglycémie dans le retard de cicatrisation a été évoqué.

« - *Et d'après vous, quand ça met plus de temps à guérir, c'est à cause de quoi ?*
- A cause du sucre dans le sang. Quand le diabétique la beaucoup de sucre, là, lé dur pour guérir » (patient 1)

« - *Et d'après vous, quand ça met plus de temps à guérir, c'est à cause de quoi ?*
- A cause du sucre dans le sang. Quand le diabétique a beaucoup de sucre, là, c'est dur pour guérir. »

« Et puis c'est, li guérit pas vite, parce que c'est mon diabète lé trop haut, voilà. Lé trop fort mon diabète. […] Parce que si mon diabète létait faible, là, la guérison était plus facile. » (patiente 9)

« Et puis c'est, ça ne guérit pas vite parce que mon diabète est trop haut, voilà. Il est trop fort mon diabète. […] Parce que si mon diabète était faible, là, la guérison serait plus facile.

« C'est avec le diabète lé difficile pour guérir. » (patient 7)

« C'est avec le diabète que c'est difficile de guérir. »

L'intérêt de la mise en décharge

L'intérêt de mettre en décharge la plaie semble bien compris par les patients interrogés.

« - *Vous en pensez quoi de cette chaussure ?*
- Bah lé quand même assez intéressant hein ! Bon, déjà que ou appuie pas sur out plaie, moi pour moi alors si vous voulez bien. […] La décharge, lé, lé impeccable même, ou appuie pas sur la plaie. I peut être le talon, parce que ma fin' mettre aussi là, ma avais un mal perforant plantaire au niveau le talon, c'est le sens inverse après si ou veux. » (patient 6)

« - *Vous en pensez quoi de cette chaussure ?*
- Bah elle est quand même assez intéressante, hein ! Bon, déjà, vous n'appuyez pas sur votre plaie, d'après moi. La décharge, elle est impeccable, vous n'appuyez pas sur la plaie. Et ça peut être le talon, parce que j'ai déjà mis aussi là, j'avais un mal perforant plantaire au niveau du talon, c'est le sens inverse après si vous voulez. »

« *Et à votre avis le fait de ne pas appuyer sur la plaie, ça participe à combien de % à la guérison ? Quelle proportion ?*
- Ah bah moi… au moins… 70.
- *Ah oui ?*
- Eh oui ! Oui, bah normal, hein ! Si ou marches, ou appuies dessus, bah lé facile à comprendre aussi ! » (patient 6)

« - *Et à votre avis le fait de na pas appuyer sur la plaie, ça participe à combien de % à la guérison ? Quelle proportion ?*
- Ah bah moi… au moins… 70.
- *Ah oui ?*
- Eh oui ! Oui, c'est normal, hein ! Si vous marchez, vous appuyez dessus, eh bien c'est facile à comprendre ! »

« - *Qu'est ce que vous pensez de cette prescription de chaussure ?*
- Ah non, ça lé bon madame ! mais non mais sinon ça, le, comme létait sous le doigt de pied, eh ben i touche à terre ou bien i touche le soulier, il faut appuyer dans le vide, sinon ça i guérira pas, jamais ! […]
- *Donc ça vous parait logique ?*
- Ah non bah, c'est logique ! c'est la logique ! » (patient 7)

« - *Qu'est ce que vous pensez de cette prescription de chaussure ?*
- Ah non, c'est bien ça madame ! Parce que sinon, comme c'était sous le doigt de pied, eh bien ça touche par terre ou ça touche la chaussure, il faut appuyer dans le vide, sinon ça ne guérira pas, jamais ! […]
- *Donc ça vous parait logique ?*
- Ah non, bah c'est logique ! C'est de la logique ! »

« - *Ca vous parait logique qu'on vous dise de ne pas marcher sur votre plaie ?*
- Oui bien sûr.
- *Vous pensez que si on continuait à appuyer dessus ça pourrait guérir, ou pas ?*
- Non, avec les nouvelles chaussures ça va peut être guérir. Avec les nouvelles chaussures, parce qu'il a fait… la plaie, il a fait un trou, la plaie i tombe comme ça, la pas appuie dessus. Ou vois ?
- *Donc ça, c'est indispensable pour guérir de toute façon ?*
- Oui oui, parce que j'ai fait une expérience : j'ai fait 15 jours à la Paix, la clinique la Paix, 15 jours, allongé, comme ça. Incroyable ! La plaie allait guérir. » (patient 8)

« - *Ca vous parait logique qu'on vous dise de ne pas marcher sur votre plaie ?*
- Oui bien sûr.
- *Vous pensez que si on continuait à appuyer dessus ça pourrait guérir, ou pas ?*
- Non, avec les nouvelles chaussures ça va peut être guérir. Avec les nouvelles chaussures, parce qu'il a fait… sous la plaie, il a fait un trou, la plaie tombe comme ça, ça n'appuie pas dessus. Vous voyez ?
- *Donc ça, c'est indispensable pour guérir de toute façon ?*
- Oui oui, parce que j'ai fait une expérience : j'ai fait 15 jours à la clinique de la Paix, allongé, comme ça. Incroyable ! La plaie allait guérir. »

« *Sur le fait qu'il faut pas appuyer sur la plaie, ça, pour vous c'était évident ou pas ?*
- C'est évident, oui, oui bien sûr, parce que si vous appuyez sur la plaie, ce sera difficile pour guérir » (patient 10)

« - *D'accord. Et donc, d'après vous, vraiment d'après vous, pas ce qu'on vous a raconté ou ce qu'on vous a dit, c'est quoi le bon traitement pour vos plaies du pied ?*
- Ah beh, certainement que si je bougeais pas du tout, si j'étais allongé en permanence, ce serait probablement la meilleure solution pour cicatriser rapidement. C'est un peu le fait que, comment dire, ce qui m'a déterminé à venir à l'hôpital. J'ai demandé à venir, parce que si vous voulez, j'ai été hospitalisé il y a un peu plus d'un mois et demi, au début du mois d'avril, mais pour une période de 2 semaines seulement. […]Voilà, donc je suis resté 15 jours. Et y a une phrase qui m'a frappé quand j'ai quitté l'hôpital, quand il *(le médecin)* a estimé que je pouvais rentrer à la maison que c'était bien nettoyé, les plaies étaient en bon état, c'est qu'il m'a dit « en 15 jours on a plus progressé qu'en 3 mois chez vous » ; et ça c'est resté dans mon esprit […]. Le mieux, c'est de pas bouger quoi, d'être immobile et de pas appuyer le pied au sol. » (patient 5)

Importance de la diététique

Certains patients ont souligné l'importance de la diététique dans leur prise en charge, y compris en rapport directement avec la cicatrisation.

« - *Pour vous c'est aussi important de s'occuper du diabète que du pied ?*
- Oui
- *Est-ce qu'il y a des choses qui sont plus importantes ?*
- Les deux. Mon diabète faut… mi veux pas i monte deux grammes. Un gramme, jusqu'à un gramme… quand i mange, quand ou la fini de manger i devait arriver un gramme 80, rien, et avant manger, faut avant un gramme 30. Tout ça mi connais. Si lé un peu fort, moi lé tracassée, mi goute pas, mi mange pas trop, bah li descende. […] (patiente 3)

« - *Pour vous c'est aussi important de s'occuper du diabète que du pied ?*
- Oui
- *Est-ce qu'il y a des choses qui sont plus importantes ?*
- Les deux. Mon diabète, il faut… Je ne veux pas qu'il monte à deux grammes. Un gramme, jusqu'à un gramme… Quand on mange, quand on a fini de manger il doit arriver à un gramme 80, rien, et avant de manger, il faut moins de un gramme 30. Tout ça, je connais. Si c'est un peu fort, je suis tracassée, je ne mange pas, ou pas trop, et ça descend. »

« - *Par rapport aux pansements, par rapport aux antibiotiques, par rapport à l'équilibre des glycémies, vous pensez que c'est tout aussi important ? Ou vous pensez qu'il y a des choses qui sont plus importantes que les autres ?*
- Moi je dirais, peut être un tiers les soins, on va dire, un tiers la décharge des chaussures quand on marche avec, et un tiers la diététique. […] Je pense pas qu'il y en ait une qui vaille plus que l'autre. Mais il faut faire attention aux 3 : il faut faire des bons soins, et réguliers, pour moi c'est quasiment quotidien, il faut une certaine hygiène évidemment, il faut aussi avoir des repas équilibrés, avoir une bonne glycémie.» (patient 5)

« - *A votre avis, qu'est ce qui va faire un bon traitement pour la guérison de votre pied ?*
- Euh bah, déjà c'est un suivi pour le diabète : c'est de l'alimentation, le… c'est un hygiène de vie quand même assez… » (patient 6)



« - *A votre avis, qu'est ce qui va faire un bon traitement pour la guérison de votre pied ?*
- Euh bah, déjà, c'est un suivi pour le diabète : c'est l'alimentation, le… c'est une hygiène de vie quand même assez… »

« Pour guérir ? Mi connais pas moin. Moi mi pensais, au suc i marchait bien, mais moin, moin la tendance… la tête lé un peu dur… moin la tendance à bien manger, beaucoup. Or qu'i faut pas manger n'importe quoi, boire pas sucré, rien. » (patiente 9)



« Pour guérir ? Je ne sais pas, moi. Moi je pensais qu'au sucre (*les pansements*), ça marchait bien, mais moi, moi j'ai tendance à… je suis un peu têtue… j'ai tendance à bien manger, beaucoup. Alors qu'il ne faut pas manger n'importe quoi, ne pas boire sucré, rien. »

DISCUSSION

Principaux résultats, implication en pratique clinique

Le prescripteur constatant une mauvaise observance pourrait penser que cela est dû à une information insuffisante ou une mauvaise compréhension des motivations de la prescription, et que c'est sur ce point qu'il faut accentuer les efforts. Or, la plupart des patients interrogés dans notre étude semblaient avoir une bonne compréhension de leur pathologie, et notamment décrivaient bien l'hypoesthésie de la neuropathie diabétique, et le retard de cicatrisation occasionné par le déséquilibre hyperglycémique. Tout ceci semble donc avoir été bien expliqué à ces patients. Certains manifestent une bonne recherche d'informations concernant leur pathologie, et d'aide pour les soins, ce qui est un facteur favorisant d'observance.

Cependant, le mécanisme de survenue de la plaie est parfois beaucoup plus flou, et le patient a tendance à imaginer des causes, et désigner des responsables, ce qui rend plus acceptable la pathologie. Quand aucune raison n'est retrouvée, l'acceptation est difficile.

Pour beaucoup de patients, le principe même de la décharge est « logique ». Son bien fondé n'est jamais remis en cause.

Certains patients semblent donner une place prépondérante à l'équilibre glycémique dans le mécanisme de cicatrisation, et parfois l'amalgame est fait entre équilibre glycémique et équilibre alimentaire, avec une perception souvent restrictive. Nous avons déjà vu que ces patients porteurs de plaie du pied ont tendance à penser que leur diabète est le résultat d'un excès de poids (20). Pourtant, nous savons qu'ils sont souvent dénutris, et que la cicatrisation nécessite donc une révision à la hausse des objectifs d'apports alimentaires. C'est alors surtout le traitement hypoglycémiant qu'il faut adapter, pour contre-balancer cette augmentation des apports. Une meilleure information à ce sujet pourrait être utile.

Des éléments orientant vers un locus de contrôle externe (c'est-à-dire que le patient pense que les événements sont indépendants de sa volonté et de ses actions (21)), et une forme de fatalisme, ont été retrouvés. En effet, lors des consultations, les patients suivis pour plaie du pied sont souvent peu loquaces, ce qui pourrait passer pour une faible implication dans les soins. Il est donc important d'évaluer le locus de contrôle des patients, afin d'adapter notre attitude de soignant et d'optimiser notre prise en charge. De plus, le discours de la patiente n° 9 met en lumière l'impact de l'attitude des soignants sur la perception de contrôle et d'efficacité que les patients peuvent avoir. Si même le soignant est découragé, et le manifeste, on ne peut pas s'attendre à une attitude active et optimiste de la part de ces patients, déjà volontiers déprimés.

Comme déjà constaté précédemment, les troubles de l'humeur sont fréquents chez les patients porteurs de plaie du pied, et probablement sous diagnostiqués et sous traités. Ceci peut être dû à la quantité de problèmes organiques à gérer en consultation, dans un temps imparti parfois court. Peut être aussi est-ce dû au désarroi du soignant, non habitué à traiter ces pathologies. Cependant, la plupart des patients suivis en consultation Pied Diabétique semblent peu consulter leur médecin traitant, car ils sont suivis très régulièrement à l'hôpital où leurs ordonnances sont renouvelées, et ils

ne jugent pas nécessaire de multiplier les consultations médicales. Plusieurs modifications pourraient ainsi être proposées : une meilleure communication avec le médecin traitant qui pourrait organiser des consultations régulières, afin d'obtenir une prise en charge plus globale du patient ; une évaluation psychologique au sein des services hospitaliers (pour l'instant, celle-ci n'est faite qu'au cas par cas, et en priorité pour les patients hospitalisés, du fait de disponibilités réduites des psychologues cliniciens).

La durée d'évolution longue, entrainant lassitude et perte de perspective chez les patients, est un réel problème, et nous savons qu'elle est étroitement liée à l'observance de la décharge (13). Cela crée un cercle vicieux : la plaie tarde à guérir, le patient se démotive et ne respecte plus la décharge, le temps de cicatrisation est encore allongé, etc. L'équipe soignante ne peut pas prédire le temps de cicatrisation, et l'évolution aléatoire (succession de phases d'amélioration et d'aggravation, survenue de complications infectieuses et/ou ischémiques) ne permet pas au patient de se projeter. Il ne s'autorise plus à envisager une guérison, et reste suspendu aux conclusions de chaque consultation. Puisqu'il n'y a plus de récompense à court terme à attendre, le maintien de la motivation est difficile. Les propositions apportées ici seraient de parler de l'avenir dès la première consultation : non pas ce qui se passera après guérison, mais les évolutions possibles, et le temps de guérison estimé en fonction des caractéristiques de la plaie. Cela implique une observance de la décharge optimale, et la gestion des différentes complications possibles. Un « contrat » pourrait être proposé au patient, c'est-à-dire que si la cicatrisation n'est pas obtenue à la date estimée, une hospitalisation sera convenue. Un « plan de bataille » pourrait aider le patient à rester motivé, et l'impliquer dans la prise en charge. Des échéances régulières pourraient être fixées, avec des objectifs de réduction de surface et/ou de profondeur de la plaie. Cela implique des mesures par calque et des photographies régulières (sans être trop rapprochées, au risque de ne pas montrer d'évolution).

Les facteurs liés à la décharge en elle-même (limitation des activités, perte d'autonomie) ont été largement évoqués par les patients interrogés, mais semblent difficiles à influer par l'équipe soignante. Cependant, la situation de handicap engendrée par la décharge pourrait être plus facile à accepter si elle était limitée dans le temps, ce qui rejoint encore l'idée de définir des objectifs de durée avec le patient.

Le problème esthétique et d'atteinte à l'image de soi, est important, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes interrogés. C'est le thème le plus retrouvé dans notre étude. Ceci avait déjà été retrouvé dans l'étude de Knowles et al. (14), qui avait objectivé une observance régulière rapportée chez 22 % des patients : sur les 50 personnes interrogées, 9 trouvaient leur chaussure inacceptable sur le plan esthétique. Il serait difficile d'imaginer une amélioration de ce côté. Pour les chaussures sur mesure et de série à usage permanent, il existe une gamme de choix, et le patient a une certaine marge de manœuvre, bien qu'elle soit estimée insuffisante par bon nombre d'entre eux. Le problème de coût y est fortement lié. Pour les chaussures transitoires, le choix pour le patient est inexistant en pratique quotidienne. Le modèle obtenu dépendra de la pharmacie sollicitée et de son choix lors des commandes de matériel. La encore, un problème de coût existe, puisque les chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT) sont prises en charge à hauteur de 30.49 euros en métropole, 42.69 euros à la Réunion, et peu de pharmacies proposent des chaussures à ce tarif. Des critères de qualité des CHUT existent (22), mais sont mal connus, aussi bien des pharmaciens que des

prescripteurs, amenant parfois à fournir au patient une chaussure thérapeutique inadaptée au traitement de sa plaie. Ces chaussures de série sont ambidextres, et ce manque de latéralité perturbe parfois les patients, ce qui semble les faire douter de l'adaptation à leur propre pied. Les problèmes évoqués par les patients d'inconfort, de sentiment d'insécurité, et finalement de sentiment d'incompatibilité avec leur propre pied et/ou leur propre plaie, pourraient être réglés par un meilleur accompagnement de la prescription, non seulement à l'hôpital mais au domicile. Lors de la prescription initiale, certains patients (notamment en hospitalisation) bénéficient d'un accompagnement par kinésithérapeute afin d'apprendre à marcher avec la chaussure de décharge. Mais les patients interrogés rapportent des difficultés qui apparaissent dans un second temps, et il serait intéressant de proposer un suivi par le kinésithérapeute au domicile. Celui-ci pourrait alors suggérer des prescriptions associées telles que cannes anglaises, déambulateur ou autre, et qui seraient réellement adaptées aux besoins du patient. Ce suivi par kinésithérapeute est d'ailleurs mentionné dans le guide édité par l'HAS en novembre 2014, afin de prévenir les ré-hospitalisations pour cette pathologie.

En ce qui concerne le déséquilibre engendré par la différence de hauteur, et qui entraine lui-même des douleurs, des solutions peuvent être proposées aux patients. La solution la plus proposée dans notre équipe consiste à fournir une talonnette confectionnée par la podologue, à insérer dans la chaussure controlatérale. Ceci permet une réduction du décalage mais est rarement suffisant. Il existe en pharmacie des chaussures spécialement conçues pour équiper le pied controlatéral, appelées chaussures de compensation, mais qui ne bénéficient pas d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, et dont le coût est d'une cinquantaine d'euros par chaussure. L'esthétique de ces chaussures laisse également à désirer. Les deux solutions doivent donc être exposées au patient, qui pourra choisir celle qui lui convient.

Quant au problème pratique lié au chaussage et déchaussage, évoqué par deux patients obèses, la seule solution évidente serait de proposer au patient de garder sa chaussure en permanence.

Au total, le problème d'observance de la décharge des plaies du pied diabétique ne viendrait pas d'un manque de compréhension ou d'adhésion, mais essentiellement de problèmes pratiques et de motivation.

Comparaison à la littérature existante

Jusqu'ici, certains auteurs avançaient une théorie selon laquelle la neuropathie était responsable de l'inobservance de la décharge, c'est-à-dire que l'absence de douleur en était la cause (16). C'était sans prendre en compte la volonté même du patient et sa capacité à prendre des décisions non basées sur ses perceptions sensorielles seules. Au contraire, il semblerait que chez ces mêmes patients neuropathes, et dont on a tendance à penser qu'ils sont insensibles à la douleur, ce serait la douleur causée par le matériel de décharge qui serait en partie responsable des difficultés d'observance.

Le problème esthétique avait déjà été rapporté dans d'autres études, concernant les chaussures à usage permanent (14), et à usage temporaire (9). Cette dernière étude qualitative explorant les ressentis des patients diabétiques porteurs de plaie du pied et de leurs podologues, avait relevé un fait intéressant : les plâtres inamovibles étaient apparus comme souvent tout à fait intolérables pour le patient. Cela renforce notre intérêt à améliorer l'observance de nos patients, plutôt que leur imposer une décharge inamovible au nom de recommandations basées sur les chiffres de guérison plutôt que sur leur vécu.

Limites de l'étude ; Ouvertures sur d'autres recherches

Cette étude ne se voulait pas être une nouvelle liste exhaustive de tous les facteurs possibles d'inobservance de nos patients diabétiques s'étant vus prescrire une décharge dans le traitement d'une plaie de pied. Elle visait surtout à pointer du doigt les difficultés les plus fréquentes rencontrées par ces patients et pouvant bénéficier d'une modification de notre prise en charge.

La population étudiée ici était hétérogène: que ce soit pour le type de décharge prescrite (chaussures de série transitoires ou permanentes, ou sur mesure), les caractéristiques de la plaie (composante neuropathique et artériopathique, durée d'évolution, antécédent d'ulcère ou d'amputation), les comorbidités importantes, la durée d'évolution du diabète et son traitement. Les différentes catégories pointées ici mériteraient peut être d'être étudiées séparément, car leurs préoccupations et leur approche de la décharge est peut être différente en fonction de ces caractéristiques, et l'approche en terme d'éducation thérapeutique pourrait en être différente.

En ce qui concerne la méthodologie même de l'étude qualitative, les entretiens sensés être semi-directifs, ont parfois sans doute été trop orientés, de par mon inexpérience dans cette discipline. L'analyse des entretiens n'a été faite que par deux personnes, toutes deux médecins, ce qui pose un problème de subjectivité. Cette analyse aurait probablement été différente si elle avait été faite avec la participation d'autres professionnels, tels que psychologues, spécialistes en sciences de l'éducation ou autres. De plus, les thèmes dégagés ont été influencés par les notions tirées des différents articles traitant d'observance thérapeutique, lus auparavant. Enfin, le nombre total de patients inclus est faible, et le principe de saturation des données est étroitement lié à l'analyse et aux thèmes dégagés. Une nouvelle analyse des entretiens pourrait donc être intéressante, en faisant intervenir d'autres professionnels. Cette nouvelle analyse pourrait conduire à une poursuite des entretiens, dans l'hypothèse où elle mettrait en évidence de nouveaux thèmes. Cependant, les résultats qui découlent de notre travail me semblent intéressants, et permettent une piste d'amélioration de notre prise en charge.

Il serait intéresser de vérifier, par une étude quantitative, l'influence d'une modification des pratiques, à la lumière des résultats de cette étude, sur l'observance de la décharge, et sur les délais de cicatrisation.

Le rôle des soignants ?

De par sa complexité, et son pronostic sombre, le « pied diabétique » n'est pas fait pour susciter des vocations. Sa prise en charge doit être pluridisciplinaire, et nécessite donc une bonne coordination entre les différents intervenants, si possible au sein de centres spécialisés. La qualité de vie et la santé mentale sont non seulement moins bonnes chez les patients porteurs de plaie du pied, mais aussi chez leurs soignants (23,24). Il est possible que le manque d'enthousiasme à prendre en charge les plaies du pied diabétique soit manifeste lors des consultations, ce qui n'est pas pour obtenir une bonne motivation de la part du patient. Les soignants peuvent avoir tendance à accuser les patients de ne pas respecter les consignes ; mais nous devons remettre en question notre façon de communiquer avec nos patients, qui peut en être en partie responsable.

Certains auteurs proposent que les soignants soient tenus responsables de la non guérison des plaies de leurs patients, mais l'objectif du soignant doit rejoindre celui du soigné afin d'obtenir la meilleure observance, et donc les meilleurs résultats. Ceci rejoint l'idée de passer un « contrat » avec le patient, où lui et l'équipe soignante seraient engagés à part égale.

D'autres auteurs encore suggèrent de parler de taux de mortalité à 5 ans dès la première consultation (25), afin de faire prendre conscience de la gravité de la situation, et provoquer une meilleure observance des règles hygiéno-diététiques conseillées pour le diabète, et de la décharge de la plaie. Au vu des entretiens menés dans notre étude, nous doutons de l'efficacité d'une telle méthode, qui risquerait d'alimenter une tendance déjà bien présente, vers la dépression, le fatalisme, et la perte d'espoir.

CONCLUSION

La plaie du « pied diabétique » est une pathologie fréquente et en augmentation, dont la prévention primaire n'a pas encore prouvé son efficacité. Elle entraine des coûts importants, son pronostic est sombre avec une mortalité plus importante que certains cancers. Elle nécessite une prise en charge lourde de par les nombreux facteurs intervenants, et les comorbidités notamment cardiovasculaires. La cicatrisation, quand elle est obtenue, est longue, et nécessite entre autres la mise en décharge de la plaie. En dehors des méthodes inamovibles, de nombreuses études montrent que l'observance de cette décharge est mauvaise, en tout cas insuffisante pour être efficace. Cette faible observance n'est selon les éléments de notre étude pas due à un manque d'informations. Les recommandations, notamment américaines, sont donc la mise en place, sauf contre-indication, de bottes plâtrées. Mais cette méthode est souvent refusée par les patients, et nécessite des équipes entrainées et une surveillance très étroite avec réfection du plâtre toutes les semaines.

Dans une optique d'alliance thérapeutique avec nos patients, nous n'envisageons donc pas d'imposer un mode de décharge inamovible, mais avons préféré rechercher les raisons de cette faible observance. Cette étude qualitative a montré des obstacles nombreux à l'observance, conséquences de la pathologie en elle même, de la mise en décharge, ou de problèmes inhérents à la chaussure de décharge prescrite. La mise en lumière de ces obstacles permet d'envisager des modifications dans notre prise en charge, avec :

- un dépistage et un traitement des troubles d'ordre psychologique,
- une vigilance accrue concernant notre communication
- un meilleur encadrement de la prescription de la chaussure : prescription de kinésithérapie, vérification de l'adaptation de la chaussure, compensation systématique de la différence de hauteur, prescription de matériel supplémentaire si besoin
- discussion sur les évolutions possibles, et établissement d'objectifs délimités dans le temps en accord avec le patient

Même si les aspects de la prise en charge sont multiples et chronophages, et que les consultations ne peuvent qu'être très techniques, un effort doit être fait en terme de communication et d'écoute, afin de comprendre les difficultés engendrées par le traitement proposé et d'essayer d'y remédier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cavanagh PR, Lipsky BA, Bradbury AW, Botek G. Treatment for diabetic foot ulcers. Lancet. 12 nov 2005;366(9498):1725‑35.

2. Dorresteijn JAN, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. Diabetes Metab Res Rev. 1 févr 2012;28:101‑6.

3. Hoogeveen RC, Dorresteijn JA, Kriegsman DM, Valk GD. Complex interventions for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database Syst Rev. 24 août 2015;8:CD007610.

4. Moulik PK, Mtonga R, Gill GV. Amputation and Mortality in New-Onset Diabetic Foot Ulcers Stratified by Etiology. Diabetes Care. 2 janv 2003;26(2):491‑4.

5. Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. The Lancet. 18 nov 2005;366(9498):1719‑24.

6. Jeffcoate WJ, Harding KG. Diabetic foot ulcers. The Lancet. 3 mai 2003;361(9368):1545‑51.

7. Ismail K, Winkley K, Stahl D, Chalder T, Edmonds M. A Cohort Study of People With Diabetes and Their First Foot Ulcer The role of depression on mortality. Diabetes Care. 6 janv 2007;30(6):1473‑9.

8. Ghanassia E, Villon L, Thuan dit Dieudonné J-F, Boegner C, Avignon A, Sultan A. Long-Term Outcome and Disability of Diabetic Patients Hospitalized for Diabetic Foot Ulcers. Diabetes Care. juill 2008;31(7):1288‑92.

9. Searle A, Campbell R, Tallon D, Fitzgerald A, Vedhara K. A Qualitative Approach to Understanding the Experience of Ulceration and Healing in the Diabetic Foot: Patient and Podiatrist Perspective. Wounds Compend Clin Res Pract. 2005;17(1):16‑26.

10. Valensi P, Girod I, Baron F, Moreau-Defarges T, Guillon P. Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers. Diabetes Metab. 17 févr 2008;31(3):263‑71.

11. Altenburg N, Joraschky P, Barthel A, Bittner A, Pöhlmann K, Rietzsch H, et al. Alcohol consumption and other psycho-social conditions as important factors in the development of diabetic foot ulcers. Diabet Med. 1 févr 2011;28(2):168‑74.

12. Ha Van G, Heurtier A, Greau F, Menou P, Grimaldi A. [How does one manage the off-loading of a chronic diabetic foot ulcer?]. Diabetes Metab. sept 1999;25(3):264‑9.

13. Armstrong DG, Lavery LA, Kimbriel HR, Nixon BP, Boulton AJM. Activity Patterns of Patients With Diabetic Foot Ulceration Patients with active ulceration may not adhere to a standard pressure off-loading regimen. Diabetes Care. 9 janv 2003;26(9):2595‑7.

14. Knowles E a., Boulton A j. m. Do People With Diabetes Wear Their Prescribed Footwear? Diabet Med. 1 déc 1996;13(12):1064‑8.

15. Armstrong DG, Lavery LA, Nixon BP, Boulton AJM. It’s Not What You Put On, but What You Take Off: Techniques for Debriding and Off-Loading the Diabetic Foot Wound. Clin Infect Dis. 8 janv 2004;39(Supplement 2):S92‑9.

16. Boulton AJM, Armstrong DG. Trials in Neuropathic Diabetic Foot Ulceration Time for a paradigm shift? Diabetes Care. 9 janv 2003;26(9):2689‑90.

17. Bus SA, Valk GD, van Deursen RW, Armstrong DG, Caravaggi C, Hlaváček P, et al. The effectiveness of footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers and reduce plantar pressure in diabetes: a systematic review. Diabetes Metab Res Rev. 1 mai 2008;24(S1):S162‑80.

18. Cavanagh PR, Bus SA. Off-loading the diabetic foot for ulcer prevention and healing. J Vasc Surg. 1 sept 2010;52(3):37S ‑ 43S.

19. Ha Van G, Siney H, Hartmann-Heurtier A, Jacqueminet S, Greau F, Grimaldi A. Nonremovable, Windowed, Fiberglass Cast Boot in the Treatment of Diabetic Plantar Ulcers Efficacy, safety, and compliance. Diabetes Care. 10 janv 2003;26(10):2848‑52.

20. Searle A, Wetherell MA, Campbell R, Dayan C, Weinman J, Vedhara K. Do patients' beliefs about type 2 diabetes differ in accordance with complications: an investigation into diabetic foot ulceration and retinopathy. Int J Behav Med. 2008;15(3):173‑9.

21. Baudrant-Boga M. Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2 - [Internet] [phdthesis]. Université Joseph-Fourier - Grenoble I; 2009 [cité 17 févr 2015]. Disponible sur: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488730/document

22. Aboukrat P, Maitre M, Hérisson C, Laffont I. Les chaussures thérapeutiques de série et sur mesure : différents types, indications et modalités de prescription. Rev Rhum Monogr. juin 2014;81(3):209‑14.

23. Hoban C, Sareen J, Henriksen CA, Kuzyk L, Embil JM, Trepman E. Mental Health Issues Associated with Foot Complications of Diabetes Mellitus. Foot Ankle Surg. mars 2015;21(1):49‑55.

24. Nabuurs-Franssen MH, Huijberts MSP, Kruseman ACN, Willems J, Schaper NC. Health-related quality of life of diabetic foot ulcer patients and their caregivers. Diabetologia. 2 juill 2005;48(9):1906‑10.

25. Robbins JM, Strauss G, Aron D, Long J, Kuba J, Kaplan Y. Mortality Rates and Diabetic Foot Ulcers. J Am Podiatr Med Assoc. 1 nov 2008;98(6):489‑93.

26. Richard J-L, Schuldiner S. Épidémiologie du pied diabétique. Rev Médecine Interne. 26 sept 2008;29(S2):S222‑30.

27. ameli.fr - Diabète : prévenir les complications du pied [Internet]. [cité 11 oct 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pedicures-podologues/exercer-au-quotidien/diabete-prevenir-les-complications-du-pied.php

28. Dangelser G, Besson S, Gatina JH, Blicklé JF. Amputations among diabetics in Reunion Island. Diabetes Metab. 17 févr 2008;29(6):628‑34.

29. Oberlin P, Mouquet M-C, Got I. Les lésions des pieds chez les patients diabétiques adultes - Quelle prise en charge à l'hôpital? [Internet]. Direction de la Recherche, des Etudes, de

l'Evaluation et des Statistiques; 2006 mars. Report No.: 473. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12644/1/er473.pdf

30. Carpentier B, Pradines S, Benhamou PY, Halimi S. Coûts de santé liés aux lésions du pied chez les diabétiques dans les pays développés. Diabetes Metab. 17 févr 2008;26(1):75.

31. Kantor J, Margolis DJ. Expected Healing Rates for Chronic Wounds. Wounds Compend Clin Res Pract. 2000;12(6):155‑8.

32. Armstrong DG, Wrobel J, Robbins JM. Guest Editorial: are diabetes-related wounds and amputations worse than cancer? Int Wound J. 1 déc 2007;4(4):286‑7.

33. Iversen MM, Tell GS, Espehaug B, Midthjell K, Graue M, Rokne B, et al. Is depression a risk factor for diabetic foot ulcers? 11-years follow-up of the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). J Diabetes Complications. janv 2015;29(1):20‑5.

34. Williams LH, Rutter CM, Katon WJ, Reiber GE, Ciechanowski P, Heckbert SR, et al. Depression and incident diabetic foot ulcers: a prospective cohort study. Am J Med. août 2010;123(8):748‑54.e3.

35. Maluf KS, Mueller MJ. Comparison of physical activity and cumulative plantar tissue stress among subjects with and without diabetes mellitus and a history of recurrent plantar ulcers. Clin Biomech. août 2003;18(7):567‑75.

36. Armstrong DG, Lavery LA, Holtz-Neiderer K, Mohler MJ, Wendel CS, Nixon BP, et al. Variability in Activity May Precede Diabetic Foot Ulceration. Diabetes Care. 8 janv 2004;27(8):1980‑4.

37. Richard J-L. Le pied diabétique : le point de vue du diabétologue. Sang Thromb Vaiss. 17 oct 1995;7(8):557‑66.

38. Ha Van GH. Conduite à tenir face à une plaie du pied chez un diabétique. Rev Médecine Interne - Vol 29 - N° S2 - P 238-242. 26 sept 2008;

39. Clayton W, Elasy TA. A Review of the Pathophysiology, Classification, and Treatment of Foot Ulcers in Diabetic Patients. Clin Diabetes. 4 janv 2009;27(2):52‑8.

40. Boutoille D, Féraille A, Maulaz D, Krempf M. Quality of life with diabetes-associated foot complications: comparison between lower-limb amputation and chronic foot ulceration. Foot Ankle Int. nov 2008;29(11):1074‑8.

41. Apelqvist J, Bakker K, van Houtum WH, Nabuurs-Franssen MH, Schaper NC. International consensus and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot. Diabetes Metab Res Rev. 1 sept 2000;16(S1):S84‑92.

42. Fontaine P, Baudoux F, Fatoohi B, Antoine P, Chambon J. O28 Vécu de leur première amputation distale par les patients diabétiques. Diabetes Metab. mars 2014;40, Supplement 1:A7.

43. Larsson J, Agardh C-D, Apelqvist J, Stenström A. Long term prognosis after healed amputation in patients with diabetes. Clin Orthop. 1998;(350):149‑58.

44. Nabuurs-Franssen MH, Sleegers R, Huijberts MS, Wijnen W, Sanders AP, Walenkamp G, et al. Total Contact Casting of the Diabetic Foot in Daily Practice A prospective follow-up study. Diabetes Care. 2 janv 2005;28(2):243‑7.

45. Faglia E, Caravaggi C, Clerici G, Sganzaroli A, Curci V, Vailati W, et al. Effectiveness of Removable Walker Cast Versus Nonremovable Fiberglass Off-Bearing Cast in the Healing of Diabetic Plantar Foot Ulcer. Diabetes Care. juill 2010;33(7):1419‑23.

46. Armstrong DG, Lavery LA, Wu S, Boulton AJM. Evaluation of Removable and Irremovable Cast Walkers in the Healing of Diabetic Foot Wounds A randomized controlled trial. Diabetes Care. 3 janv 2005;28(3):551‑4.

47. Axelsson M, Brink E, Lundgren J, Lötvall J. The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. PLoS ONE. 28 mars 2011;6(3):e18241.

48. Tiv M, Mauny F, Veil J, Fournier C, Weill A, Eschwege E, et al. Observance thérapeutique des patients diabétiques de type 2 (DT2), étude Entred 2007–2010. Diabetes Metab. mars 2010;36, Supplement 1:A21‑2.

49. Rubin RR, Peyrot M, Saudek CD. Differential effect of diabetes education on self-regulation and life-style behaviors. Diabetes Care. avr 1991;14(4):335‑8.

50. Grimaldi A. La motivation et son ambivalence. Médecine Mal Métaboliques. 27 oct 2010;4(5):599‑603.

51. Muller L, Spitz E. Autorégulation et conduites d'observance thérapeutique : exemple de l'hypertension artérielle. Prat Psychol. sept 2007;13(3):291‑307.

52. Crews RT, Armstrong DG, Boulton AJM. A method for assessing off-loading compliance. J Am Podiatr Med Assoc. avr 2009;99(2):100‑3.

53. Armstrong DG, Nguyen HC, Lavery LA, Schie CHM van, Boulton AJM, Harkless LB. Off-Loading the Diabetic Foot Wound A randomized clinical trial. Diabetes Care. 6 janv 2001;24(6):1019‑22.

54. Katz IA, Harlan A, Miranda-Palma B, Prieto-Sanchez L, Armstrong DG, Bowker JH, et al. A Randomized Trial of Two Irremovable Off-Loading Devices in the Management of Plantar Neuropathic Diabetic Foot Ulcers. Diabetes Care. 3 janv 2005;28(3):555‑9.

55. Vileikyte L, Rubin RR, Leventhal H. Psychological aspects of diabetic neuropathic foot complications: an overview. Diabetes Metab Res Rev. 1 mai 2004;20(S1):S13‑8.

ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques des patients interrogés :

Patient	Age	Anamnèse	Décharge prescrite	Thèmes dégagés
Patient 1	60 ans	Connu diabétique depuis 15 ans Découverte au décours d'une plaie du pied, ayant débouché sur une amputation d'orteil. Actuellement suivi pour une plaie d'orteil du pied controlatéral.	Déambulateur, puis CHUT de décharge de l'avant-pied type Barouk	Lassitude et perte de perspective Locus de contrôle externe, fatalisme Anxiété Limitation des activités Perte d'autonomie Inconfort et insécurité
Patiente 2	43 ans	Origine mahoraise Connue diabétique depuis environ 2005 mais suivi aléatoire Problèmes podologiques évoluant depuis 4 mois, avec amputation trans métatarsienne effectuée à Mayotte	CHUT de décharge de l'avant pied type Mayzaud	Dépression Problème esthétique et atteinte à l'image de soi
Patiente 3	64 ans	Connue diabétique depuis plus de 30 ans Plaie guérie au moment de l'entretien, après 1 an ½ d'évolution	Chaussures sur mesure	Problème esthétique et atteinte à l'image de soi Inconfort et insécurité
Patiente 4	45 ans	Connue diabétique depuis 14 ans Première amputation d'orteil en 2009, deuxième en 2013. Suivie en consultation de podologie depuis, pas de plaie au moment de l'entretien.	Chaussures sur mesure	Problème esthétique et atteinte à l'image de soi
Patient 5	66 ans	Connu diabétique depuis plus de 20 ans Traité par insuline depuis 8 ou 9 ans Fissures talonnières évoluant depuis deux ans, Récemment compliquées d'ostéite Diabète également compliqué de néphropathie au stade d'hémodialyse	CHUT de décharge du talon Type Sanital	Lassitude et perte de perspective Limitation des activités Perte d'autonomie Problème esthétique et atteinte à l'image de soi Déséquilibre Problème de latéralité Problème de mise en place
Patient 6	54 ans	Connu diabétique depuis plus de 30 ans Problèmes podologiques depuis 8 ans, artériopathie prédominante Amputations mineures multiples, dont une d'orteils datant de trois mois	CHUT de décharge de l'avant pied type Barouk	Déséquilibre Inconfort et insécurité Problème de latéralité

Patient 7	63 ans	Connu diabétique depuis 3 ans Insuliné dans l'année de découverte	CHUT de décharge de l'avant pied type Barouk	Lassitude et perte de perspective Déséquilibre
Patient 8	66 ans	Connu diabétique depuis 20 ans Problèmes podologiques depuis la découverte Plaie récente par brulure plantaire, évoluant depuis un an	Chaussures sur mesure Aménagement par orthèses	Lassitude et perte de perspective Locus de contrôle externe, fatalisme Limitation des activités Problème esthétique et atteinte à l'image de soi
Patiente 9	57 ans	Connue diabétique depuis environ 20 ans Problèmes podologiques évoluant depuis 2 ans : plaie de talon	CHUT de décharge du talon type Sanital	Lassitude et perte de perspective Locus de contrôle externe, fatalisme Dépression Limitation des activités Perte d'autonomie Problème esthétique et atteinte à l'image de soi Déséquilibre Inconfort et insécurité Problème de mise en place
Patient 10	59 ans	Connu diabétique depuis 17 ans Problèmes podologiques évoluant depuis moins d'un mois Amputation d'orteil prévue 4 jours plus tard	CHUT de décharge de l'avant pied type Mayzaud	Problème esthétique et atteinte à l'image de soi Déséquilibre

Lieux et conditions d'entretien

Patients 1 à 4 : CHU Site Nord, Saint Denis ; dans un bureau à part, après consultation Pied Diabétique.

Patient 5 : Centre Hospitalier Gabriel Martin, Saint Paul ; dans la chambre du patient hospitalisé.

Patients 6 et 7 : CHU Site Sud, Saint Pierre ; dans un bureau à part, après consultation Pied Diabétique.

Patients 8 et 9 : Pôle Sanitaire Est, Saint Benoit ; dans un bureau à part, après consultation Pied Diabétique.

Patient 10 : Pôle Sanitaire Est, Saint Benoit ; dans la chambre du patient hospitalisé, en présence de son épouse.

Annexe 2 : Approfondissement des aspects abordés en introduction

I - La plaie du pied diabétique : généralités

1 - Le pied diabétique : définition

Le « pied diabétique » peut être considéré comme une complication dégénérative du diabète sucré : c'est un pied atteint de neuropathie et/ou d'artériopathie, le rendant plus à risque de développer une plaie. La « plaie du pied diabétique », de ce fait, n'aura pas la même évolution spontanée, et nécessitera une prise en charge différente d'une plaie survenant sur un autre terrain (1).

Il est estimé que 12 à 25 % des patients diabétiques auront à un moment ou un autre de leur vie une plaie du pied (1).

En 2008, on estimait l'incidence annuelle des plaies du pied chez les patients diabétiques dans les pays occidentaux à 2 %. La prévalence semblait beaucoup plus variable, aussi bien d'un pays à l'autre que d'une région à l'autre au sein d'un même pays. L'estimation de la prévalence pose de plus des problèmes méthodologiques, car les populations ciblées varient selon les études (26).

2 – Prévention

L'évaluation du risque de plaie du pied fait l'objet d'une gradation, établie par le Groupe International de Travail sur le Pied Diabétique :

- Grade 0 : absence de neuropathie sensitive
- Grade 1 : Neuropathie sensitive isolée (anomalie au test au monofilament 10g, ou seuil de perception vibratoire supérieur à 25V)
- Grade 2 neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs (absence des pouls du pied ou Index de Pression Systolique inférieur à 0.90) et/ou une déformation du pied (hallux valgus, orteil en marteau ou en griffe, proéminence de la tête des métatarsiens).
- Grade 3 : antécédent d'ulcération du pied et/ou d'amputation des membres inférieurs.

Selon le grade défini ainsi, les patients diabétiques peuvent bénéficier de soins de podologie remboursés par l'Assurance Maladie sur prescription médicale (27). En effet, un patient ayant un pied de grade 2 pourra bénéficier de 4 séances par an, et 6 séances par an pour un patient ayant un pied de grade 3.

La revue de la littérature ne permet pas de mettre en évidence l'efficacité des actions de prévention pour éviter la survenue de plaies du pied (2,3). Mais cette prévention primaire peut être efficace en termes de diminution du délai de consultation après la survenue de la plaie, résultant en une meilleure chance de cicatrisation. Sur l'île de la Réunion, le délai moyen observé en 2001 entre la survenue de la lésion et le début de la prise en charge par le médecin traitant était de 8 jours chez les patients dont l'issue avait été l'amputation. Le délai entre la survenue de la plaie et la première consultation chez le médecin traitant était de plus d'une semaine pour 20% de la population étudiée (28).

Les différents auteurs s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité de la décharge (sous forme d'orthèses plantaires ou de chaussures thérapeutiques) des pieds neuropathiques en prévention primaire des ulcères, mais que la mise en place de cette décharge s'impose en prévention secondaire (18).

II – Epidémiologie

1 – Une pathologie fréquente et en augmentation

En France métropolitaine, le nombre de séjours pour lésion du membre inférieur chez les patients diabétiques s'élevait à 35900 en 2003 contre 21600 en 1997, soit une augmentation annuelle standardisée pour l'âge de 7.3 % ; alors que le nombre total de séjours pour diabète ou complication du diabète était de 446 000 en 2003 contre 322 000 en 1997, soit une augmentation annuelle moyenne de 5.6 %(29).

2 – Pas de sur risque pour la population réunionnaise

Dans l'étude ENTRED de 2007 menée en France par l'InVS, sur un échantillon représentatif de patients diabétiques (8926 adultes en France métropolitaine, 855 adultes dans les départements d'outre-mer), le taux de complications podologiques chez les diabétiques de type 2 était mesuré à 7 % dans les DOM et 10 % en France métropolitaine, des taux non significativement différents (résultats basés sur les réponses des patients aux questionnaires envoyés, avec donc un biais de sélection).

3 – Des coûts importants

Les lésions chroniques du pied chez les diabétiques ont des coûts potentiellement élevés pour les dépenses de santé, par la durée des hospitalisations, les importants délais de cicatrisation, les amputations, enfin les handicaps et invalidités qui en résultent. Différentes études de couts ont été menées dans les pays développés (30), mais dont les résultats ne peuvent qu'être partiels, du fait des sources de données non exhaustives. Ainsi, la dernière estimation des coûts en France a été réalisée au moyen d'une simulation en 1993, et concluait à un coût annuel des hospitalisations pour des lésions ne conduisant pas à une amputation de 1 200 millions de francs (MF), 1 500 MF par an suites comprises. Quant aux amputations, leur coût moyen annuel était estimé à 500 MF, atteignant 800 MF si l'on tenait compte des suites et notamment de la rééducation.

Le travail de comparaison des différentes études a mené à la conclusion qu'une estimation du coût de cette pathologie est impossible, mais qu'on peut toutefois dire qu'il est important et peut être diminué grâce à l'action de centres spécialisés pluridisciplinaires, travaillant en réseau avec les médecins généralistes.

III – Pronostic

1 – Mortalité

Malgré les traitements proposés, la cicatrisation est très longue : en 2000, 67 % des plaies neuropathiques restaient non cicatrisées après 20 semaines de soins (31).

Le pronostic vital à 5 ans est sévère, avec une mortalité avoisinant les 50 %. Le plus haut taux de mortalité à 5 ans concerne les ulcères d'origine artérielle, de 55 %. Pour les ulcères neuropathiques, ce taux est rapporté à 45 % (4). La comparaison a été faite avec certains cancers, et le constat est effrayant : à la lumière des taux rapportés plus haut, la mortalité à 5 ans des ulcères neuropathiques est plus forte que pour les cancers du sein, de la prostate et la maladie de Hodgkin ; celle des ulcères ischémiques est même plus forte que celle du cancer du colon (32).

Une étude à plus long terme a été menée en 2007, rétrospectivement, 6.5 ans après la prise en charge de plaies du pied en hospitalisation, ce qui constitue certes en soit un biais de sélection puisqu'il s'agissait de patients dont l'évolution initiale en ambulatoire n'était pas satisfaisante (8). La mortalité à 6.5 ans était mesurée à 51.7 % : 25.8 % d'un événement cardiovasculaire, 19.6 % d'un événement relié à la plaie, 15.2 % de cancer et 15.2 % d'autre cause.

2 – Récidive

En cas de cicatrisation, le taux de récidive est très important, estimé selon les études entre 50 et 70 % à 5 ans (5), et 60.9 % à 6.5 ans (8).

3 – Amputation

En fonction des études, le taux d'amputation dans les suites d'une plaie du pied varie de 15 à 44 % (4,6–8). Ces variations s'expliquent par les différences de durée de suivi des études, mais traduisent également les différences de prise en charge en fonction des équipes. Nous reviendrons plus tard sur les différents aspects de l'amputation de membre inférieur chez les patients diabétiques.

IV - Pathogénicité

1 – Neuropathie

Une part neuropathique est retrouvée dans plus de 60% des cas de plaie du pied diabétique. La neuropathie est le résultat d'anomalies métaboliques induites par l'hyperglycémie chronique. Elle touche toutes les composantes du système nerveux (autonome, motrice et sensitive), par des mécanismes de stress oxydatif et d'ischémie. L'altération de l'innervation des muscles intrinsèques du pied conduit à un déséquilibre entre les forces de flexion et d'extension, aboutissant à des déformations du pied, avec une modification des points d'appui, ce qui conduit à des lésions cutanées par hyper-appui localisé. La neuropathie autonome affecte les glandes sudoripares, et la

peau perd sa capacité d'auto-hydratation, favorisant l'apparition de sécheresse, de fissures, qui constituent une porte d'entrée infectieuse. Le rôle de la neuropathie sensitive est bien compréhensible : le patient ne ressentant pas de douleur en cas de plaie et/ou de traumatisme, ces derniers restent inaperçus et leur délai de prise en charge est allongé, notamment en ce qui concerne la décharge de la plaie. L'extrême de la neuropathie est illustré par le pied de Charcot : la neuropathie autonome conduisant également à une déminéralisation osseuse et à une hyperlaxité ligamentaire, le jeu des forces de flexion et d'extension finit par causer des fractures, menant à l'effondrement de l'architecture du pied.

2 – Artériopathie

Une artériopathie périphérique est retrouvée dans jusqu'à 50 % des cas. Elle affecte principalement les artères tibiale et péronière. L'hyperglycémie chronique entraine une dysfonction endothéliale et des muscles lisses, conduisant à une vasoconstriction, encore potentiellement aggravée par les co-morbidités telles que l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et le tabagisme via une occlusion de la lumière artérielle.

3 – Autres facteurs favorisants

Les facteurs de risque identifiés pour la survenue de plaie du pied diabétique sont en premier lieu les antécédents d'ulcération et/ou d'amputation (le risque relatif de survenue de plaie en cas d'antécédent est estimé entre 1.6 et 56.8 selon les études), puis la présence d'une neuropathie, d'une artériopathie, d'une déformation du pied et surtout d'une hyperpression plantaire. Après ces facteurs intrinsèques, on retrouve des facteurs démographiques (âge élevé, sexe masculin, faible niveau socio-économique) et métaboliques. L'influence de la durée d'évolution et de l'équilibre du diabète n'est pas retrouvée dans toutes les études. Le tabagisme ne semble pas non plus un facteur de risque, contrairement au surpoids, à la baisse d'acuité visuelle, à la présence de mycose du pied, d'une rétinopathie ou d'une néphropathie (26) . La dépression semble augmenter le risque de survenue d'une première plaie du pied diabétique (33,34).

Enfin, on identifie souvent un facteur précipitant : traumatisme mineur (conflit avec des chaussures, brûlure, corps étranger, ongle incarné, choc), soins d'auto-pédicurie, œdème. Il semblerait que des grandes variations d'activité précèdent la formation de plaies du pied, plus qu'une activité importante mais constante (35) (36) ; c'est à dire qu'un individu qui a habituellement peu d'activité et qui durant une période donnée a une augmentation de cette activité, a plus de chance de développer à ce moment là une plaie du pied qu'un individu qui a de façon habituelle et constante une activité importante.

4 – Rôle de l'hyperglycémie

Depuis les études DCCT (Diabetes Control and Complications Trial, pour le diabète de type 1) et UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study, pour le diabète de type 2), on sait que la survenue de complications dégénératives du diabète de type 2 est directement liée à l'hyperglycémie chronique, et que l'amélioration de l'équilibre glycémique permet de diminuer la fréquence ou de ralentir l'évolution des complications surtout microvasculaires. Les complications macrovasculaires étant aussi la conséquence d'autres facteurs de risque, l'équilibre glycémique ne permet pas à lui seul d'en être une prévention efficace. De plus, il est possible que ce soit l'insulinorésistance, plus que l'hyperglycémie, qui soit responsable des complications macrovasculaires.

5 – Complication : l'infection

La présence de plaie constitue une porte d'entrée infectieuse, et le risque de survenue d'infection augmente avec la durée d'évolution de la plaie. Cette infection peut toucher les tissus mous et/ou les os sous jacents, et est favorisée par l'hyperglycémie. Elle met en danger le membre et la vie du patient, et nécessite un diagnostic et un traitement précoce.

Les plaies sont souvent colonisées, sans que la présence de ces bactéries soit significative d'une infection. Ainsi, les prélèvements superficiels ne sont pas suffisants au diagnostic positif et étiologique de l'infection de plaie du pied. Le diagnostic repose sur des critères cliniques : hyperthermie, sécrétions purulentes, et/ou présence d'au moins deux signes d'inflammation au niveau de la plaie. Du fait de l'artériopathie et de la neuropathie, les signes d'inflammation peuvent être retardés, et une stagnation de diminution de la taille de l'ulcère doit faire suspecter une infection sous jacente, de même que la présence d'un contact osseux, ou un déséquilibre brutal du diabète. L'imagerie, et en particulier l'IRM, peuvent aider au diagnostic, notamment d'ostéite. La documentation de l'infection nécessite des prélèvements profonds, et l'antibiothérapie est au mieux débutée de façon empirique puis adaptée aux résultats de ces prélèvements (1,37).

V – Conduite à tenir thérapeutique

1 – Aspects multiples

Comme le rappelait Ha Van en 1999 (12) (et encore en 2008 (38)) , la présence d'une plaie chronique du pied diabétique doit faire rechercher trois facteurs favorisants :

- un appui ou un frottement,
- une ostéite sous jacente empêchant la cicatrisation
- une artériopathie oblitérante.

Cela passe donc par l'interrogatoire du patient, recherchant des épisodes fébriles, une claudication intermittente, des antécédents de chirurgie vasculaire, des examens radiologiques et/ou échographiques antérieurs, mais aussi l'examen du chaussage habituel du patient. Enfin évidemment, l'examen soigneux des pieds dans leur ensemble, en examinant leur architecture, en

recherchant un intertrigo, des signes d'inflammation, une abolition des pouls, une diminution de la sensibilité au monofilament, etc.

Il ne faut pas oublier d'évaluer l'équilibre glycémique.

Le traitement des plaies du pied diabétique comporte plusieurs volets (39) :

- le débridement et la décharge de la plaie sont les mesures les plus importantes, et constituent le seul traitement des plaies purement neuropathiques non compliquées. La décharge vise à redistribuer la pression, initialement exercée sur la zone lésée, sur le reste du pied. Le débridement joue également un rôle de décharge de la plaie, par ablation de l'hyperkératose dure, et réduit également le risque de colonisation bactérienne.
- Le choix de pansement doit permettre de maintenir un milieu humide sans excès qui favorisera la cicatrisation.
- L'équilibre glycémique est requis, de même que la correction d'une éventuelle dénutrition.
- En cas de signes cliniques d'infection, un traitement antibiotique devra être entrepris, au mieux après documentation bactériologique des tissus profonds.
- En cas d'artériopathie périphérique, une évaluation spécialisée pourra mener à une revascularisation. En cas d'AOMI décompensée, il n'est pas envisageable d'obtenir une cicatrisation sans une intervention chirurgicale, qu'elle soit de revascularisation ou d'amputation.
- Au cas par cas, d'autres méthodes peuvent être utilisées : caisson hyperbare, VAC-thérapie, greffe cutanée. Des études ont montré un possible intérêt des facteurs de croissance.

2 – Amputations

L'amputation est l'une des issues les plus redoutées des plaies du pied diabétique.

Indications

- AOMI décompensée non revascularisable
- Ostéite en échec ou en impossibilité de traitement médical
- Certaines nécroses septiques
- Autres cas difficiles

Compte tenu du coût et du pronostic, la politique de santé vise à limiter le nombre d'amputations, bien que la qualité de vie des patients soit parfois meilleure après une amputation mineure qu'en cas de plaie chronique du pied (40). L'absence de cicatrisation ne fait pas partie des indications retenues dans les recommandations internationales (41).

85% des amputations chez les patients diabétiques sont consécutives à une plaie du pied (38).

Amputations majeures / mineures

On distingue les amputations basses ou mineures (en dessous de la cheville : amputation d'orteil(s), amputation transmétatarsienne d'un ou plusieurs rayons) des amputations hautes ou majeures (amputation trans tibiale ou trans fémorale). Le siège de l'amputation est décidé de façon à être le plus conservateur possible, et à permettre la reprise de la marche si possible.

Epidémiologie

Parmi les séjours pour lésion du membre inférieur, la plus forte augmentation annuelle du nombre de séjours entre 1997 et 2003 en France Métropolitaine concernait ceux au cours desquels aucun geste chirurgical n'avait été nécessaire (augmentation de 16.7 % par an en taux brut, contre 3.7 % pour les séjours avec geste chirurgical). Ceci peut traduire une attitude de plus en plus conservatrice des équipes, ou encore une prise en charge de plus en plus précoce des lésions des pieds (29)

A la Réunion, selon le rapport de l'ORS de mai 2015, le nombre d'amputations liées au diabète semble augmenter, passant de 24 en 2011 à 32 en 2013 pour 100 000 habitants. Cette augmentation reste visible lorsque l'on s'intéresse uniquement aux amputations liées au diabète chez les diabétiques traités. Ainsi cette augmentation n'est pas uniquement liée à l'augmentation du nombre de cas de diabète à La Réunion.

Conséquences

Chaque amputation a des répercussions sur l'état psychologique du patient (perception plus intense de la gravité de l'état de santé, modification du schéma corporel) (42), et aggrave le pronostic. En effet, le taux de mortalité après amputation a été mesuré dans une étude prospective après amputation cicatrisée chez des patients diabétiques, à 15%, 38% et 68% respectivement à 1, 3 et 5 ans (43).

VI – La décharge

Même si l'ensemble des aspects de la prise en charge cités plus haut sont effectués, si l'on ne tient pas compte d'un hyper appui ou de frottements, la guérison est rarement obtenue. L'équipe médicale et para médicale doit donc s'attacher à trouver une solution pour « décharger » la plaie, c'est-à-dire abolir tout conflit et tout appui à son niveau.

Plusieurs solutions sont disponibles pour cela (12) :

- l'alitement, qui n'est généralement obtenu qu'en hospitalisation, puisqu'il doit être strict. Il permet une décharge totale de la plaie, mais est pourvoyeur d'un certain nombre de complications (autre plaie, notamment escarre talonnière ou sacrée, thrombose veineuse, grabatisation). Les hospitalisations longues sont difficilement acceptables, à la fois par le patient, et par les établissements de santé dans cette atmosphère de limitation des coûts.
- Les déplacements en fauteuil roulant, nécessitant un aménagement du domicile qui est rarement possible pour des situations que l'on espère transitoires.
- Les orthèses plantaires, ou semelles orthopédiques, sont une solution de « moindre mal », puisqu'elles ne déchargent pas totalement la plaie, mais en limitent l'appui lorsque la marche est indispensable au patient, notamment dans le cadre d'une activité professionnelle qui ne peut être interrompue.
- Les chaussures thérapeutiques d'utilisation temporaire (CHUT), de décharge de l'avant pied type Barouk® ou Mayzaud® , ou de l'arrière pied type Sanital® ou Teraheel® en fonction du siège de la plaie, permettent une décharge efficace, mais posent plusieurs problèmes : talon haut pouvant occasionner une inégalité de longueur des membres inférieurs si l'on ne fournit

pas de compensation controlatérale, aspect inesthétique. Elles sont amovibles, ce qui pose le problème de l'observance aléatoire, notamment pour de petits trajets (qui représentent en nombre de pas sur la journée la majorité des déplacements) pour lesquels les patients pensent pouvoir s'abstenir de les porter.

- Enfin, les plâtres de décharge, qui sont efficaces pour la décharge puisque inamovibles, mais posent un problème de poids, et de complications semblables à celles de l'alitement (thrombose veineuse, plaie en cas de conflit). Un problème supplémentaire est l'impossibilité de surveiller les téguments en continu, et donc de détecter une éventuelle infection. Pour être efficace, le plâtre doit être réalisé par une équipe entrainée, et changé toutes les semaines ; il est contre indiqué en cas d'artériopathie sévère, et doit donc être réservé à des plaies d'origine neuropathique (44).

En terme d'efficacité, le plâtre et la chaussure de décharge sont équivalents, à condition d'un port permanent (45). Selon Cavanagh et al. (1), seuls les matériels amovibles sont acceptables par le patient, mais ils permettent une non-observance.

Aucune étude n'a comparé le temps de guérison entre une décharge totale et l'absence de décharge dans le traitement des plaies du pied diabétique d'origine neuropathique. Cependant, force est de constater que le temps de guérison après mise en place d'une botte plâtrée est significativement inférieur à tous les autres modes de décharge, et la faible observance des moyens amovibles de décharge est la seule explication trouvée à cela (13). En effet, cette différence d'obtention de guérison ne s'explique pas par les différences de réduction de pression exercée sur les zones à décharger. De plus, le fait de rendre inamovible un matériel de décharge habituellement amovible, augmente le taux de guérison à 12 semaines et diminue le délai de cette guérison (46).

VII – L'observance

1 - L'observance du traitement en général

L'observance a été définie en 1979 par Haynes comme l'« importance avec laquelle les comportements (en terme de prise des médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé ». L'observance est différenciée de l'adhérence, qui est « l'appropriation par le patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements », et de la concordance ou alliance thérapeutique, où patient et professionnel de santé s'accordent sur le choix d'une stratégie, témoignant d'une implication du patient dans le processus de soins.

L'inobservance peut être totale (refus complet de la prescription) ou partielle (adaptation avec par exemple modification de la fréquence, de la posologie, etc.).

Les déterminants de l'observance sont nombreux. Ils sont difficiles à classer, car l'observance dépend le plus souvent d'une interaction entre le patient et sa maladie, le patient et ses soignants, et des perceptions du patient.

Une classification des déterminants de l'adhésion a été proposée comme suit (21):

- Caractéristiques de la maladie / comorbidités (troubles cognitifs, visuels, de la personnalité ; présence ou non de symptômes ; addictions ; état dépressif)
- Traitement médicamenteux (complexité, temps quotidien dédié, modalités d'administration, durée)
- Facteurs démographiques et socio-économiques
- Caractéristiques du patient et/ou de son entourage (savoirs théoriques et pratiques, expériences antérieures, représentations liées à la maladie et aux médicaments, émotions, ressources externes et internes)
- Caractéristiques du système de soins (qualité de la relation thérapeutique, organisation des soins).

Les traits de personnalité semblent également pouvoir influencer l'observance du traitement dans les maladies chroniques (47). Ainsi, les personnalités de type N (névrosisme, nervosité) seraient associées à une faible observance, au contraire des personnalités de type A (altruisme sans excès, affection, agréabilité) et C (conscience, contrôle, contrainte).

Les déterminants de l'observance chez les patients diabétiques de type 2 ont également été analysés dans l'étude ENTRED de 2007-2010, à l'aide d'un auto-questionnaire, chez 3 637 patients, âge moyen de 66 ans (18 à 102) avec 54 % d'hommes. L'observance thérapeutique était bonne dans 39 % des cas, moyenne dans 49 % et mauvaise dans 12 %. En analyse multivariée, les facteurs liés à une mauvaise observance étaient, par ordre décroissant d'importance, un âge inférieur à 45 ans, des difficultés à gérer la prise des médicaments, une relation avec le médecin où le patient déclare décider seul, une mise en pratique des recommandations reçues pour le diabète jugée trop lourde, une origine géographique autre qu'européenne, un manque de soutien familial ou social, un besoin ressenti d'informations sur le traitement du diabète, des difficultés financières, une inquiétude vis-à-vis de l'avenir avec le diabète et un besoin ressenti d'accompagnement éducatif en plus du suivi médical habituel du diabète . (48) Il est à noter que l'observance mesurée ici n'est pas précisée comme étant l'observance au traitement médicamenteux seul, ou à l'ensemble du traitement proposé (y compris règles hygiéno-diététiques, auto-surveillance glycémique, rendez vous honorés, etc…).

2 - L'observance de la décharge ?

La plupart des facteurs identifiés comme ayant un impact négatif sur l'observance des traitements médicamenteux, sont applicables à l'observance de la mise en décharge des plaies du pied via un chaussage prescrit.

L'observance de la décharge d'une plaie nécessite une modification du mode de vie, qui est plus difficile à mettre en place que l'ajout d'une pratique ou d'un traitement (49).

Comme pour toute prescription médicale, la motivation à observer la décharge est « extrinsèque » (50), c'est-à-dire que l'objectif est d'obtenir des conséquences d'une action, et non pas l'action elle même. Le but n'est pas formulé par le patient lui-même mais par le prescripteur, et il faut essayer d'orienter le patient pour qu'il s'approprie ce but.

L'observance de la décharge doit être considérée comme un but à part entière, plus que la cicatrisation, qui dépend aussi d'autres variables nécessitant l'observance (traitement hypoglycémiant, pansements, consultations de suivi…). Le but va alors s'intégrer dans un schéma complexe intégrant l'ensemble des buts personnels du patient, et l'importance donnée à chacun des buts sera dynamique au cours du temps, en fonction de la motivation allouée à chacun, laquelle est influencée par plusieurs facteurs (51). Les différents buts du patient constituent des repères qui structurent sa vie, et permettent d'ancrer les comportements d'observance dans ses habitudes de vie. Ils doivent être multiples, sans être trop nombreux, au risque d'engendrer de l'anxiété.

La régulation des buts dépendra donc d'obstacles et de facteurs favorisants, qui ont déjà été catégorisés (51).

Obstacles :

- Emotions négatives : stress, tristesse, anxiété, colère (et notamment colère en cas d'échec)
- Détresse psychologique, qui entraine une baisse de l'attention portée au but
- Atteinte à l'image de soi
- Obstacles perçus : internes (conflits inter-buts, perception d'un contrôle externe de la situation), externes (événements stressants de la vie)
- Effets indésirables, contraintes

Facteurs favorisants la réalisation des buts :

- Efficacité personnelle : « j'ai les compétences, l'assurance d'y arriver, l'énergie ; je sais ce qu'il faut faire »
- Soutien perçu
- Attitude de lutte contre les obstacles : recherche de soutien et d'information

3 - Taux d'observance généralement observé

Malgré nos conseils, la prescription de chaussures provisoires ou permanentes, la confection de semelles, l'impression générale en consultation spécialisée Pied Diabétique est que l'observance est médiocre. Cette impression de faible observance est confirmée dans plusieurs études, en comparant le nombre de pas faits dans la journée avec ou sans chaussage adapté (52). Ainsi, Armstrong et al. (13) ont constaté un port de chaussures adaptées chez des patients diabétiques porteurs de plaie du pied, en moyenne à 28 % du temps d'activité journalière. En séparant son groupe en deux sous groupes, de très observants (plus de 50 % du temps journalier avec la chaussure de décharge) et de peu observants (moins de 50 %), le temps moyen de port de chaussure adaptée a été recalculé, et est seulement de 60% en moyenne chez les très observants.

Plus tôt, avec une méthode moins objective puisque via des entretiens avec questionnaires, une étude avait retrouvé une observance rapportée (port régulier) chez 22 % des patients sur un échantillon de 50 (14) ; les patients concernés étaient équipés de chaussures en traitement ou en prévention de plaie du pied. Les patients sont donc plutôt objectifs et honnêtes quant à leur faible observance de la décharge.

VIII – Caractéristiques des patients porteurs de plaie du pied

1 – Prédominance masculine

Sur les 35900 hospitalisations pour lésion du pied diabétique en 2003 en France métropolitaine, 68% concernaient des hommes. Dans les différentes études concernant les patients diabétiques porteurs de plaie du pied, la proportion masculine varie de 64 à 95% (4,8,11,13,19,36,46,53,54).

2 – Niveau socio-économique

En 2001, une étude prospective (28) a été menée à la Réunion pour caractériser la population de patients diabétiques amputés pour raison non traumatique au niveau du membre inférieur. Bien que concernant une population plus restreinte que celle des patients diabétiques porteurs de plaie, elle donne un reflet de ses caractéristiques, notamment du niveau socio-économique bas, de la fréquence des addictions, et de l'illettrisme, pouvant faire obstacle à l'application des traitements proposés.

La comparaison de groupes de patients diabétiques porteurs ou non de plaie du pied faite en Allemagne en 2011 semble conforter cette différence socio-économique, puisque les patients porteurs de plaie du pied avaient en moyenne quitté l'école 2 ans plus tôt que dans le groupe contrôle, et avaient des revenus mensuels inférieurs en moyenne de 345 € (11).

3 – Niveau de qualité de vie

Comme on peut s'y attendre, la qualité de vie est significativement moins bonne chez les patients diabétiques porteurs de plaie du pied que chez ceux qui en sont indemnes (10). Cette altération de la qualité de vie concerne surtout les activités de loisir, et les contraintes liées au traitement. Elle est d'autant plus importante que les plaies sont nombreuses et sévères.

4 – Caractéristiques psychologiques : anxiété, dépression, représentations

Dans une étude portant sur 253 patients diabétiques souffrant de leur premier ulcère de pied, un tiers présentaient une symptomatologie dépressive, laquelle multipliait par 3 leur probabilité de décès à 18 mois (7) . Il y était rappelé que la symptomatologie dépressive est déjà deux fois plus fréquente chez les diabétiques que dans la population générale, et qu'elle a tendance à être sous-diagnostiquée et sous-traitée. La dépression est associée chez les patients diabétiques à un moins bon équilibre glycémique et à une plus grande fréquence de complications dégénératives.

Par comparaison avec les patients diabétiques indemnes de plaie du pied (11), il semblerait que les porteurs de plaie soient moins anxieux (scores d'anxiété sur les 12 derniers mois, mais pas de différence sur la vie entière), moins soutenus par leur entourage, et aient des stratégies passives de résolution de conflit, notamment soient plus souvent consommateurs abusifs d'alcool.

Une étude des croyances et des représentations de la maladie diabétique entre des patients diabétiques souffrant soit de rétinopathie, soit de plaie du pied, soit indemnes de ces complications,

a objectivé dans le groupe « plaie du pied » une plus grande impression de contrôler personnellement sa maladie, une efficacité du traitement antidiabétique perçue comme moins bonne, une moins bonne compréhension de la maladie, qui est perçue comme cyclique, et enfin l'impression plus fréquente que le diabète résulte de l'excès de poids ou du manque d'exercice (20).

Une étude qualitative a été menée en 2005 au Royaume Uni, explorant la perception de leur plaie du pied par des patients diabétiques et leurs podologues (9). Une grande partie des patients interrogés s'étaient sentis déprimés suite à la survenue de leur plaie, en raison majoritairement de la modification de l'apparence et de la perception de soi, de la menace d'amputation, mais aussi de la lenteur de la cicatrisation, la récurrence de la plaie, la nécessité de prendre des médicaments, la perte d'indépendance et les limitations dans le style de vie. De l'anxiété était rapportée, du fait de la peur de l'amputation, et à l'occasion d'aggravation de la plaie.

4 – Traits de personnalité ?

Les traits de personnalité dans la population spécifique des patients diabétiques porteurs de plaie du pied n'ont pas été étudiés. Il a cependant été rapporté que chez les patients à risque de plaie du pied, ceux présentant une personnalité de type C (consciencieux) ont significativement plus de comportements de soins des pieds que les autres (55). Ils devraient dont être moins représentés chez les patients porteurs de plaie.

Serment médical

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

La plaie du pied diabétique est une pathologie fréquente, qui engendre des coûts importants, et a des répercussions graves pour les patients, sur le plan psychologique, et sur le pronostic en termes de mortalité et de handicap. Un axe incontournable du traitement est la mise en décharge de la plaie. Le matériel de décharge peut être soit inamovible (permettant une observance parfaite, mais souvent contre-indiqué et mal vécu par le patient), soit dans la plupart des cas amovible (chaussures thérapeutiques). On constate que l'observance des méthodes amovibles est faible. Afin de déterminer les facteurs de faible observance de la décharge, nous avons procédé à une étude qualitative multicentrique à l'île de la Réunion, par entretiens semi-directifs auprès de 10 patients suivis en service de Diabétologie-Endocrinologie, pour une plaie du pied (active pour 8 d'entre eux et cicatrisée pour les 2 autres), et pour lesquels une décharge était prescrite. L'analyse par théorisation ancrée a permis de dégager des facteurs liés à la pathologie (lassitude et perte de perspective, anxiété ou dépression, locus de contrôle externe et fatalisme), à la décharge (limitation des activités, perte d'autonomie) et à la chaussure de décharge elle-même (problème esthétique et atteinte à l'image de soi, déséquilibre, inconfort et insécurité, problèmes de latéralité et de mise en place). Les patients semblent bien informés, et bien adhérer à la prescription. Nous devons donc les aider à surmonter des difficultés psychiques, des obstacles pratiques, et élaborer avec eux des projets de soins plus précis.

TITRE et RESUME en anglais

Diabetic foot ulcer : qualitative study of obstacles to compliance with off-loading

Diabetic foot ulcers are a common complication generating high care costs and causing serious repercussions for patients both psychologically and in terms of mortality and handicap prognosis. One key approach for treatment is off-loading the wound. The off-loading devices used may be irremovable (which allow for perfect patient compliance but are often counter-indicated and badlyexperienced by the patients) or, in most cases, removable (therapeutic footwear). We note that patient compliance with removable devices is low. In order to identify the factors for low patient compliance, we carried out a multi-centre qualitative study on Reunion island, by semi-structured interviews, involving 10 patients followed by the Diabetes-Endocrinology department for a diabetic foot wound (8 patients with open wounds and 2 patients with healed wounds) and who were prescribed an off-loading device. The data analysis we performed using the grounded theory method indicated factors related to the disease itself (weariness and loss of hope, anxiety or depression, external locus of control and fatalism), to the off-loading procedure (activity limitation, loss of autonomy) and to the off-loading footwear itself (aesthetic and impaired self-image concerns, loss of balance, laterality and implementation problems). The patients seem to be well informed and willing to follow the prescription. Help should be provided to overcome psychological barriers, practical difficulties and to involve patients in designing more precise care plans.

DISCIPLINE

Médecine Générale

MOTS-CLES

Pied diabétique - Médecine générale - Plaie - Etude qualitative - Décharge - Observance

UFR DES SCIENCES MEDICALES
Université de Bordeaux
146, rue Léo Saignat – 33076 BORDEAUX CEDEX