



Diabète de type 2 et pied diabétique en Nouvelle-Calédonie entre santé publique et culture : une approche de promotion de la santé pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques

Olivia Pontheaux

► To cite this version:

Olivia Pontheaux. Diabète de type 2 et pied diabétique en Nouvelle-Calédonie entre santé publique et culture : une approche de promotion de la santé pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques. Santé publique et épidémiologie. 2020. dumas-03160595

HAL Id: dumas-03160595

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03160595>

Submitted on 5 Mar 2021

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.

2^{ème} année du Master Sciences, Technologies, Santé : mention Santé Publique
Parcours Promotion de la Santé (PROMS) – Orientation Développement Social
Promotion 2019-2020

**Diabète de type 2 et pied diabétique en
Nouvelle-Calédonie entre santé publique et culture :
une approche de promotion de la santé pour la prévention des
amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques**

Mémoire présenté pour la validation du
MASTER 2 PROMS – Orientation Développement Social

Par
Olivia PONTHEAUX
Née le 15 décembre 1996

Stage réalisé du 09/03/2020 au 06/07/2020

Organisme d'accueil :
Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC)
Service : Centre d'Éducation

Maître de stage : Dr Dominique MEGRAOUA
Médecin de Santé Publique et médecin pilote du programme Diabète

Bordeaux, le 24 septembre 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon maître de stage et de mémoire, le Docteur Dominique Megraoua. Je te remercie de m'avoir à nouveau reçue en stage au sein de ton service ainsi que pour ton aide et ta disponibilité tant pour ma mission de stage d'évaluation que pour mon mémoire.

Aux professeurs du Master 2 Promotion de la santé, pour l'ensemble des connaissances transmises au cours de cette deuxième année de master. Merci d'avoir éveillé nos esprits aux multiples déterminants de la santé d'une population et ainsi de nous avoir formé en futur promoteur de la promotion de la santé.

Aux professeurs Quélier et Chérubini, pour l'aide apportée tout au long de ce mémoire notamment via les 2 workshop réalisés. Merci pour vos remarques et vos conseils qui ont permis d'adopter la meilleure démarche possible pour ce sujet de mémoire et ce, tout en gardant une approche de promotion de la santé la plus holistique possible. Un grand merci à vous, Madame Quélier, pour avoir pris le temps de lire et de répondre aux questions parfois nombreuses que j'ai pu vous envoyer par e-mail, pour ce mémoire.

À l'ASS-NC et tout particulièrement à l'équipe du Centre d'Éducation, pour m'avoir de nouveau accueillie à bras ouvert parmi vous. Je vous remercie grandement pour cette intégration comme membre à part entière de l'équipe. Cela a été un plaisir de pouvoir assister à vos ateliers, d'échanger avec vous et surtout de partager ensemble tous ces bons repas et moments de détente.

Je tiens également à adresser toute ma gratitude et ma reconnaissance à l'ensemble des personnes que j'ai pu interviewer dans le cadre de mon étude. Vous êtes le noyau de ce mémoire, ses résultats et ses préconisations. Je vous remercie encore grandement d'avoir pris de votre temps pour y participer et surtout d'avoir partagé votre vécu avec moi sans tabou.

Enfin, je souhaite adresser quelques mots à ma famille. Ma première attention va à mes parents qui m'ont soutenue et supportée pendant ces 5 années d'études qui n'ont pas toujours été faciles. Même à l'autre bout du monde et malgré mes moments de doute, vous avez toujours cru en moi en m'apportant un soutien sans faille. Je vous en remercie profondément. Je vous aime Maman et Papa.

À ma petite sœur, ma Minouch et ses non-moins célèbres punchlines. Je t'apporterai cette même présence lorsque ton tour viendra.

Un grand merci à mes grands-parents et à toute ma famille pour le soutien sans faille le long de toutes ces années d'études. Vous n'avez jamais douté et je vous en suis reconnaissante.

À Inès, Méderic, Anne, Mathilde, Yantie, Orlane, Élodie et tous mes ami(e)s calédoniens et français, éparpillé(e)s aux 4 coins du globe, merci d'avoir toujours été là et ce, malgré les milliers de kilomètres qui pouvaient parfois nous séparer. À tous nos bons moments passés ensemble et surtout à tous ceux à venir !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES FIGURES	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
INTRODUCTION GÉNÉRALE	10
PARTIE 1 – RAPPORT DE STAGE	11
1. Choix du stage	11
2. Présentation de la structure de stage	11
2.1. Création et missions de l'ASS-NC	11
2.2. Fonctionnement de l'ASS-NC	11
2.2.1. Le Conseil d'Administration (CA)	11
2.2.2. Recettes de fonctionnement et d'investissement de l'ASS-NC	12
2.2.3. Dépenses de fonctionnement et d'investissement de l'ASS-NC	12
2.3. Organisation de l'ASS-NC	13
2.3.1. Personnel de l'ASS-NC	13
2.3.2. Les différents programmes déployés par l'ASS-NC	13
2.3.2.1. Programme de prévention en addictologie	13
2.3.2.2. Programme de santé orale « Mes Dents, Ma Santé »	13
2.3.2.3. Programme de dépistages organisés des cancers féminins	13
2.3.2.4. Programme Diabète	13
2.3.2.5. Le Centre d'Éducation	14
2.3.2.6. Programme de prévention des pathologies de surcharge pondérale	14
2.3.2.7. Programme de lutte contre le Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA)	14
2.3.2.8. Programme de santé sexuelle et prévention des IST-VIH/SIDA	14
2.3.2.9. Programme baromètres Santé, études et enquêtes	14
2.3.3. Autres actions de l'ASS-NC	14
3. La mission de stage	15
4. Résultats	15
PARTIE 2 – MÉMOIRE	16
1. Constat et questionnement	16
2. Le diabète, un enjeu de santé publique international	16
2.1. Le diabète, une réalité médicale	16
2.1.1. Définition du diabète	16
2.1.2. Épidémiologie du diabète	16
2.1.3. Types de diabète	17
2.1.4. Les complications chroniques et aiguës du diabète	17
2.2. Vivre le diabète, univers de la personne diabétique	18
2.2.1. Une vision au-delà de l'aspect médical	18
2.2.2. Maladie du contrôle, de la modération et de la réflexivité	18
2.2.3. Une nouvelle conception de la santé	19
3. Le pied diabétique, un des fardeaux du diabète	19
3.1. Le pied diabétique, une réalité médicale	19
3.1.1. Physiopathologie du pied diabétique	19
3.1.1.1. L'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI)	19
3.1.1.2. La Neuropathie Diabétique (ND)	19
3.1.1.3. Les microtraumatismes extrinsèques et intrinsèques	20

3.1.1.4.	L'infection du pied diabétique	20
3.1.2.	Le risque podologique	20
3.1.3.	Les facteurs de risque du pied diabétique	20
3.1.4.	Épidémiologie du pied diabétique	21
3.1.5.	Coût du pied diabétique	21
3.2.	Prévention des plaies du pied diabétique et des amputations	22
3.2.1.	Prévention primaire du pied diabétique	22
3.2.1.1.	Prévention des pathologies diabétiques du pied	22
3.2.1.2.	Prévention des microtraumatismes et des UPD	22
3.2.2.	Prévention secondaire du pied diabétique	22
3.2.2.1.	Dépistage du pied diabétique et gradation du risque podologique	22
3.2.2.2.	Prévention adaptée au risque : éviter les UPD et leur récurrence	23
3.2.3.	Prévention tertiaire : traitement des plaies du pied diabétique	23
3.2.4.	Approche multidisciplinaire du pied diabétique	24
3.3.	Vivre les complications podologiques	24
3.3.1.	Appréhension des complications podologiques	24
3.3.2.	Expérience (UPD et/ou amputation) et fatalité : une cause perdue ?	25
3.4.	Les différents obstacles à la prévention	25
3.4.1.	Freins inhérents aux personnes diabétiques	25
3.4.2.	Freins inhérents aux professionnels de santé	26
3.4.3.	Freins inhérents à l'environnement	26
4.	Le point en Nouvelle-Calédonie (NC)	26
4.1.	Le diabète en NC	26
4.1.1.	L'étude CALédonie DIAbète (CALDIA) et les programmes Diabète	27
4.1.2.	Évolution du diabète	27
4.1.3.	Le dispositif de podologie « Prévention des amputations »	27
4.2.	Des particularités culturelles : le « melting-pot » calédonien	28
4.2.1.	Conception océanienne de la santé et de la maladie	28
4.2.2.	Les pratiques alimentaires, un art de vivre	28
4.3.	Des particularités économiques, géographiques et populationnelles	29
4.4.	Des particularités du système de santé calédonien	29
4.4.1.	Le système de santé calédonien	29
4.4.2.	La politique de santé : le plan de santé Do Kamo	29
5.	Prévention du diabète (DT2) et de ses complications	30
5.1.	Prévention du diabète	30
5.2.	Gestion et prévention des complications du diabète	30
6.	Orientation du mémoire	31
6.1.	Problématique et objectif général	31
6.2.	Objectifs spécifiques	31
6.3.	Lien entre stage et mémoire	31
7.	Méthodologie de l'enquête	32
7.1.	Cadre de l'enquête	32
7.2.	Population de l'enquête	32
7.2.1.	Échantillonnage et sélection des personnes diabétiques	32
7.2.2.	Échantillonnage et sélection des professionnels de santé	32
7.3.	Méthodes qualitatives sélectionnées et mises en œuvre	33

7.3.1.	Entretien semi-directif	33
7.3.2.	Observation directe	33
7.3.3.	Étude de documents	33
7.4.	Collecte et gestion des données	33
7.4.1.	Collecte des données relatives aux entretiens semi-directifs	33
7.4.2.	Collecte des données relatives aux observations directes	34
7.5.	Analyse des données	34
7.5.1.	Analyse des données relatives aux entretiens semi-directifs	34
7.5.2.	Analyse des données relatives aux observations directes	34
8.	Résultats	35
8.1.	Profils des enquêtés	35
8.1.1.	Profils des personnes diabétiques interviewées	35
8.1.2.	Profils des professionnels de santé interviewés	35
8.2.	Résultats inhérents aux personnes diabétiques	35
8.2.1.	Le Diabète	35
8.2.1.1.	Dire le diabète et ses causes	35
8.2.1.2.	La « personne diabétique »	36
8.2.1.3.	Les modalités de découverte et les réactions à l'annonce	36
8.2.1.4.	La guérison attendue	36
8.2.2.	Des impacts dans différents aspects de la vie	36
8.2.3.	Gérer son diabète	37
8.2.3.1.	Les traitements	37
8.2.3.2.	Savoirs en santé	38
8.2.3.3.	Réseau social	38
8.2.4.	Le pied diabétique au sein du diabète	39
8.2.4.1.	Les connaissances	39
8.2.4.2.	Protection et prévention des pieds	39
8.2.4.3.	Examen du pied diabétique	40
8.2.4.4.	Expérience de plaie(s) et/ou d'amputation(s)	40
8.2.5.	Les pistes de réflexion soulevées	41
8.3.	Résultats inhérents aux professionnels de santé	41
8.3.1.	La prévention et la gestion du diabète	41
8.3.1.1.	De nombreux DSS impliqués dans le diabète et ses complications	41
8.3.1.2.	Les facteurs facilitants existants (prévention et gestion du diabète)	44
8.3.2.	Le dispositif de podologie « Prévention des amputations »	45
8.3.2.1.	Création du dispositif	45
8.3.2.2.	Actions du dispositif	45
8.3.2.3.	Formation et rémunération	47
8.3.2.4.	Avis et connaissance	47
8.3.3.	Facteurs facilitants et obstacles à la prévention des amputations	47
8.3.3.1.	Au niveau des personnes diabétiques	47
8.3.3.2.	Au niveau des professionnels de santé	48
8.3.3.3.	Au niveau du dispositif de podologie	49
8.3.3.4.	Au niveau de l'environnement calédonien	49
8.3.4.	Les pistes de réflexion soulevées	50
8.4.	Résultats inhérents à l'étude de documents et aux observations	52
9.	Discussion et préconisations	53
9.2.	Les résultats	53
9.2.1.	Déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications	53
9.2.2.	Le dispositif de podologie « Prévention des amputations »	53
9.2.3.	Le pied diabétique et son risque podologique	54

9.3. La méthode	55
9.3.1. Les forces de l'enquête	55
9.3.1.1. La méthodologie mise en œuvre	55
9.3.1.2. L'enquêtrice	56
9.3.2. Les faiblesses de l'enquête	56
9.3.2.1. Biais de sélection de la population des personnes diabétiques	56
9.3.2.2. Biais de représentativité des professionnels de santé médicaux	56
9.3.2.3. Biais de subjectivité	56
9.4. Préconisations et propositions	56
9.4.1. Élaborer une politique publique saine et culturellement adaptée en matière de prévention et de gestion du diabète	57
9.4.2. Réorienter les services de santé calédonien vers la prévention	58
9.4.3. Créer des milieux sains et favorables à la prévention et gestion du diabète	60
9.4.4. Renforcer le poids de l'association des diabétiques de NC	61
9.4.5. Acquérir des aptitudes individuelles	61
CONCLUSION GÉNÉRALE	63
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	78
RÉSUMÉ	159
ABSTRACT	159

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Les complications du diabète (23)</i>	17
<i>Figure 2 : Évolution du nombre de patients diabétiques en NC (6)</i>	27
<i>Figure 3 : Carte de la NC</i>	29

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFS : Allocation Familiale de Solidarité.
ALD : Affection de Longue Durée.
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs.
ASALEE : Action de SANTé Libérale En Équipe.
ASG : Auto-Surveillance Glycémique.
ASS-NC : Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie.
AVC : Accident Vasculaire Cérébral.
BHNS : Bus à Haut Niveau de Service.
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.
CA : Conseil d'Administration.
CAFAT : Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs.
CALDIA : CALédonie DIABète.
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale.
CCS : Contribution Calédonienne de Solidarité.
CEDD : Centre d'Éducation Diabétique et Diététique.
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé.
CHT : Centre Hospitalier Territorial.
CHUP : CHaussures thérapeutiques à Usage Prolongé.
CHUT : CHaussures thérapeutiques à Usage Temporaire.
CLIS : CLasse d'Inclusion Scolaire.
CM1 : Cours Moyen 1.
CMS : Centre Médico-Social (Centres Médico-Sociaux au pluriel).
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
CRC : Cardiopathie Rhumatismale Chronique.
CRS : Complément Retraire de Solidarité.
CSA : Contribution Sociale Additionnelle à l'impôt sur les sociétés.
CSSR : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation.
CSTBA : Cotisation Spécialise sur les Tabacs et les Boissons Alcooliques.
DASS : Direction des Affaires Sociales et Sanitaires.
DBAF : Direction du Budget et des Affaires Financières.
DID : Diabète Insulino-Dépendant.
DNID : Diabète Non-Insulino-Dépendant.
DPASS : Direction Provinciale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRAA : Dispositif de Réinsertion et d'Accompagnement en Addictologie.
DSS : Déterminants Sociaux de la Santé.
DT1 : Diabète de Type 1.
DT2 : Diabète de Type 2.
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient.
ÉVASAN : ÉVAcuation SANitaire.
FFD : Fédération Française des Diabétiques.
FID : Fédération Internationale du Diabète.
Frs : Francs Pacifique.
FSH : Fonds Social de l'Habitat.
HbA1c : Hémoglobine glyquée.
HPV : Papillomavirus humain.
HTA : HyperTension Artérielle.
IDM : Infarctus Du Myocarde.

IDSP : Infirmier Délégué à la Santé Publique.
IFAP : Institut de Formation à l'Administration Publique.
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
IPA : Infirmier en Pratique Avancée.
ISEE-NC : Institut de la Statistique et des Études Économiques – Nouvelle-Calédonie.
IST : Infections Sexuellement Transmissibles.
IWGDF : International Working Group on the Diabetic Foot.
LM : Longue Maladie.
MHD : Mesures Hygiéno-Diététiques.
MPP : Mal Perforant Plantaire.
NC : Nouvelle-Calédonie.
ND : Neuropathie Diabétique.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
ONPP : Ordre National des Pédicures-Podologues.
PMT : Plan multisectoriel à Moyen Terme.
PPS : Programme de prévention primaire des Pathologies de Surcharge.
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu.
REBEE : Réussir, Être Bien, Être Ensemble.
RÉSIR : RÉSeau de l'Insuffisance Rénale.
RHPA : Régime Handicap et Perte d'Autonomie.
SLAT : Stratégie de Lutte Anti-Tuberculose.
SMIT : Service Médical Interentreprises du Travail.
Tanéo : Transport de l'Agglomération Néo-Calédonienne.
TAT3S : Taxe sur les Alcools et les Tabacs en faveur du Secteur Sanitaire et Social.
TBA : surtaxe sur les boissons alcooliques et les tabacs.
TGC : Taxe Générale sur la Consommation.
TREPUNC : TRésorerie des Établissements PUBLICS de NC.
TSS : Taxe de Solidarité sur les Services.
UFC - Que choisir (NC) : Union Fédérale des Consommateurs - Que choisir (Nouvelle-Calédonie).
UPD : Ulcère du Pied Diabétique (ou Plaie du Pied Diabétique).
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Dans notre société, le diabète, notamment de type 2, constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique internationale : 463 millions d'adultes en sont atteints (plus de 90% de type 2) (1). En effet, les pays industrialisés, en développement et du tiers monde font tous face à une explosion du nombre de cas. Aussi, bien qu'il s'agisse d'une maladie chronique non-transmissible, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle d'une véritable « pandémie ». Non détecté et mal contrôlé, les conséquences sont graves à de multiples niveaux (cécité, infarctus, amputations des membres inférieurs etc.), retentissent sur la santé mentale et augmentent le risque de morbidité et de mortalité. Le pied diabétique est une des complications les plus handicapantes et coûteuses du diabète pour la personne elle-même, son entourage et la société. La Neuropathie Diabétique (ND) et l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI) sont les principales pathologies podologiques liées au diabète : les blessures ne sont pas ressenties et leurs cicatrisations difficiles. Une infection de la plaie pouvant se surajouter, l'amputation apparaît comme l'issue fréquente de ce pied diabétique. Le diabète est ainsi la première cause mondiale d'amputation non-traumatique, une personne diabétique étant amputée toutes les 30 secondes selon la Fédération Internationale du Diabète (FID) en 2019 (1). Dans une optique de promotion de la santé et de bien-être des personnes diabétiques, nombre de pays déploient alors des stratégies de prévention des amputations en s'appuyant notamment sur les préconisations de l'International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) dans le but de leur apporter une meilleure maîtrise de leur santé et les moyens de l'améliorer pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela constitue un véritable travail de titan face à des pieds bien souvent négligés, un pied diabétique mal compris et des systèmes de santé dont les moyens sont orientés notamment vers le curatif pour supporter les coûts d'hospitalisation et d'amputation.

La Nouvelle-Calédonie (NC), où une multiplication par 6 du nombre de personnes prises en charge pour le diabète a été observée au cours de ces 23 dernières années, a mis en place, depuis 2008, le dispositif de podologie « Prévention des amputations » suite au constat de 2 à 3 amputations réalisées par semaine en 2005. Porté et financé par l'Agence Sanitaire et Sociale de la NC (ASS-NC), il présente 3 actions (atelier d'éducation thérapeutique en groupe, forfait de soins podologiques dans le Grand-Nouméa et vacations de podologie dans les Centres Médico-Sociaux (CMS) de l'intérieur et des îles) s'appuyant sur 4 stratégies de prévention préconisées par l'IWDGF. Aujourd'hui à sa treizième année de déploiement, il a été observé une non-diminution du nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques. Ce mémoire exposera ainsi l'enquête menée ayant pour objectif général de comprendre ce constat de terrain. Dans ce but, nous chercherons à identifier les déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications par la réalisation d'entretiens semi-directifs avec des personnes diabétiques de type 2 mais aussi des professionnels de santé médicaux. La sensibilité de ces professionnels de santé au pied diabétique et à son risque podologique sera également étudiée. Nous tâcherons enfin de connaître de manière approfondie le dispositif de podologie auprès de ces principaux acteurs ainsi que par l'étude de documents et des observations directes.

Dans un premier temps, ce document présentera un rapport de stage succinct exposant le choix du stage, la structure d'accueil (création, missions et organisation) ainsi que la mission de stage et ses résultats. Un second temps se centrera sur le mémoire à proprement parler. Premièrement, un état des lieux théorique sera exposé. Ce dernier présentera le constat et le questionnement à l'origine de l'enquête menée, l'état de la littérature sur le diabète, le pied diabétique et la situation en NC permettant l'établissement de l'objectif général et des objectifs spécifiques de l'enquête. Seront ensuite déclinés la méthodologie mise en place, les résultats obtenus ainsi que la discussion sur ces deux points. Avant de conclure, des préconisations seront proposées pour l'amélioration de la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC.

PARTIE 1 – RAPPORT DE STAGE

1. Choix du stage

Le diabète, problème majeur de santé publique en NC, est la première longue maladie prise en charge par la Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs (CAFAT), sécurité sociale calédonienne. Calédonienne, j'ai été, dès mon enfance, sensibilisée aux problématiques du surpoids et du diabète ; la prévalence de ces derniers n'ayant cessé d'augmenter depuis. Mes études initiales d'orthoptie m'ont permis de connaître les complications oculaires de cette maladie chronique. Forte de cette expérience, j'ai eu, dans le cadre de mon master 1, l'opportunité d'évaluer l'axe de dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique déployé par le programme Diabète de l'ASS-NC dans l'intérieur et les îles. Dans cette lignée, j'ai accepté, avec joie, la possibilité de continuer mon immersion dans le diabète calédonien par l'évaluation du dispositif de podologie « Prévention des amputations » du programme Diabète. Cette évaluation constituait une nouvelle occasion d'accroître ma connaissance de ce programme ainsi que de travailler avec les professionnels de santé concernés. En outre, elle me permettait d'enrichir ma compréhension de la perception du diabète et de ses complications par les calédoniens diabétiques. Enfin, ce stage était une opportunité précieuse de me faire connaître en vue de mon entrée imminente dans le monde du travail.

2. Présentation de la structure de stage

2.1. Création et missions de l'ASS-NC

L'ASS-NC, créée par la **délibération n°264** du 23 novembre 2001 du Congrès calédonien, est « un établissement public engagé dans une mission de service public, dédiée au mieux-être et à la préservation de la santé de tous les calédoniens » (2). En 2006, la **délibération n°189** du 31 mai a renforcé sa mission de prévention initiale tout en la dotant d'une nouvelle mission de financement des structures hospitalières. Enfin, la **délibération n°362** du 18 janvier 2008 a intégré le Centre d'Éducation Diabétique et Diététique (CEDD) à l'ASS-NC (aujourd'hui Centre d'Éducation) (2).

Cet établissement public administratif a pour mission d'améliorer et de protéger la santé de tous les calédoniens. Au regard de ses évolutions, celle-ci s'articule autour de 3 axes (3) :

- La prévention et la promotion de la santé : mise en œuvre de programmes prioritaires de promotion de la santé et de prévention, analyse des déterminants des conditions de vie et des problèmes de santé publique et émissions de recommandations.
- Financement de l'infrastructure hospitalière. L'ASS-NC a participé aux grands projets hospitaliers du territoire (exemples : Médipôle de Koutio (2018), Pôle Sanitaire du Nord (2018) et Clinique privée Kuindo-Magnin (fusion des 3 anciennes cliniques de Nouméa (2019)).
- Facilitation de la garantie du droit à la santé pour tous et accompagnement des objectifs de protection sociale.

Le pilotage de ses missions se fait en fonction d'objectifs stratégiques décidés, édités et explicités par le Gouvernement de la NC dans le contrat d'objectif et de moyens signé par l'ASS-NC (4,5).

2.2. Fonctionnement de l'ASS-NC

2.2.1. Le Conseil d'Administration (CA)

L'ASS-NC est administrée par un Conseil d'Administration (CA) se réunissant au minimum 4 fois par an dans l'objectif de voter les décisions modificatrices de l'agence ainsi que le budget pour l'année à venir (5). Il est constitué de 11 membres à voix délibérative (mandat de 5 ans depuis 2019 contre 2 précédemment) et de 4 membres à voix consultative. Les membres à voix délibérative sont 5 représentants de la NC nommés par le Gouvernement (un membre du Gouvernement étant le président du CA (ou son suppléant) et 4 membres du Congrès (ou leur suppléant)), le président de l'assemblée de la Province Nord (ou son représentant), le président de l'assemblée de la Province Sud (ou son représentant), le président de l'assemblée de la Province des Îles Loyauté (ou son représentant), le directeur de la CAFAT (ou son représentant), le président du conseil de l'ordre des

médecins de la NC (ou son représentant) et une personnalité qualifiée nommée par le Gouvernement (ou son suppléant) (6). Les membres à voix consultative sont le directeur de l'ASS-NC, un représentant de la Direction du Budget et des Affaires Financières (DBAF-tutelle financière), un représentant de la Trésorerie des Établissements Publics de NC (TREPUNC) et un représentant de la Direction des Affaires Sociales et Sanitaires (DASS-tutelle opérationnelle) (5).

2.2.2. Recettes de fonctionnement et d'investissement de l'ASS-NC

Le financement de l'ASS-NC est permis par des sources multiples (7).

Les recettes de fonctionnement (46 936 404 886 francs Pacifique (frs) en 2019) viennent principalement des impôts et taxes de la NC (97,9% en 2019) (6). Parmi ces dernières se trouvent (ordre d'importance) (5,6) :

- La **Taxe Générale sur la Consommation (TGC)**. En application depuis le 1^{er} octobre 2018, elle remplace entièrement depuis 2019 la Taxe de Solidarité sur les Services (TSS), ancienne première ressource de l'ASS-NC jusqu'en 2018. Le Congrès de la NC fixe le pourcentage de TGC affecté aux différents organismes concernés par celle-ci.
- La **Taxe sur les Alcools et les Tabacs en faveur du Secteur Sanitaire et Social (TAT3S)**. Créée par la loi du pays n°2001-14 du 13 décembre 2011, elle fusionne la surtaxe sur les boissons alcooliques et les tabacs (TBA) et la Cotisation Spécialisée sur les Tabacs et les Boissons Alcooliques (CSTBA). Appliquée en 2002, la TAT3S fut partagée entre la CAFAT (33%) et l'ASS-NC (67%) jusqu'en 2009. Depuis 2010, elle est entièrement reversée à l'ASS-NC et finance un domaine large du secteur sanitaire et social.
- La **Contribution Calédonienne de Solidarité (CCS)**. Instaurée en 2014, elle est en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2015 et regroupe plusieurs impositions distinctes concernant différents types de revenus (revenus d'activité, revenus de remplacement et de solidarité, revenus du patrimoine, produits des valeurs mobilières, produits d'épargne, de placement et produits des jeux). Son taux est variable en fonction du type de revenus (de 1 % sur les revenus d'activité, de remplacement et de solidarité à 5% sur les dividendes des entreprises métropolitaines). Cette solidarité des calédoniens quant à la protection sociale permet à l'ASS-NC de financer l'ensemble des dépenses de protection sociale et de combler un éventuel besoin de financement prévisionnel.
- La **Contribution Sociale Additionnelle à l'impôt sur les sociétés (CSA)**. Mise en place en 2005 et à la charge de personnes morales spécifiques selon les modalités de gestion de l'article Lp 920-1 du code des impôts, elle fut totalement affectée à la CAFAT dans ses débuts. Depuis l'article 18 de la loi du pays n°2011-8 du 28 décembre 2011, elle est reversée en intégralité à l'ASS-NC et permet le financement du minima vieillesse.

L'ASS-NC perçoit également des fonds (2,1% en 2019) via les **produits issus de son activité** (abonnement, vente d'ouvrages etc.), la **dotation globale de fonctionnement pour l'addictologie**, des **produits exceptionnels** (trop perçus des aides et/ou des organismes calédoniens) et les **dotations, subventions et participations potentielles**.

Les recettes d'investissement (1 170 120 210 frs en 2019) proviennent des dotations aux amortissements (6).

2.2.3. Dépenses de fonctionnement et d'investissement de l'ASS-NC

Les dépenses de fonctionnement (46 145 069 313 frs en 2019) se déclinent en 2 missions (5,6) :

- La **mission solidarité** permet le financement du Régime Handicap et Perte d'Autonomie (RHPA), des régimes sociaux (Complément Retraite de Solidarité (CRS), minima retraite, Allocation Familiale de Solidarité (AFS), FACTUR), de l'aide au logement (Fonds Social de l'Habitat (FSH)) et du minima vieillesse des provinces.
- La **mission santé** permet le financement de l'infrastructure hospitalière, de la dotation globale de financement de l'hospitalisation publique, des activités de santé publique de la NC et des programmes de prévention et de promotion de la santé déployés et conduits par l'ASS-NC.

Au travers de ces 2 missions, l'ASS-NC présente 5 types de charges (6) : **charges à caractère général** (achats de biens et dépenses quotidiennes), **charges de personnel et frais assimilés**, **charges de gestion courante** (financement de la mission solidarité), **charges financières** (remboursement des intérêts d'emprunt pour l'investissement hospitalier) et **charges exceptionnelles et opération d'ordre de transfert entre section (dotations aux amortissements)**.

Les dépenses d'investissement (926 191 308 frs en 2019) se composent des emprunts et dettes assimilées, des immobilisations incorporelles, des subventions d'équipements versées et des immobilisations corporelles (6).

2.3. Organisation de l'ASS-NC

L'ASS-NC présente 3 localisations : le siège social et le service de consultation en addictologie pour les jeunes à Nouméa (Province Sud) et une antenne délocalisée à Koné (Province Nord).

2.3.1. Personnel de l'ASS-NC

Le Gouvernement de la NC désigne par arrêté le directeur (depuis 2018 Madame Marie-Laure Mestre). À ses côtés, siège un directeur adjoint et une assistante de direction. En sus, est répertorié un pôle support (service administratif (ressources humaines et webmestre opératrice composition) et financier) et un pôle de prévention décliné en 10 programmes de prévention et de promotion de la santé (6,8). Fin 2019, l'ASS-NC recensait 44,5 postes d'équivalent temps plein (21 postes de catégorie A, 16 de catégorie B et 7,5 de catégorie C) avec 16% d'hommes et 84% de femmes (âge moyen de 43 ans) (6). Des vacataires médicaux, paramédicaux et administratifs interviennent également au sein de l'ASS-NC dans le cadre de ses différents programmes.

2.3.2. Les différents programmes déployés par l'ASS-NC

L'ASS-NC s'organise sous forme de programmes de prévention et de promotion de la santé (10 à ce jour) dont les thématiques sont orientées en fonction des priorités de santé publique décidées par le Gouvernement de la NC et validées par le Congrès et les instances provinciales.

2.3.2.1. Programme de prévention en addictologie

Ce service de prévention en addictologie (addiction avec et sans produits), unique en NC, présente 3 pôles d'intervention : un service de consultation pour les jeunes (DECLIC à Nouméa), un service de prévention en addictologie (siège social) et un Dispositif de Réinsertion et d'Accompagnement en Addictologie (DRAA) basé en Province Nord (9). Le centre de soins en addictologie a connu un début de transfert en 2018 au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Albert Fouquet (6).

2.3.2.2. Programme de santé orale « Mes Dents, Ma Santé »

Le programme territorial « Mes Dents, Ma Santé » (2014) présente des actions de prévention multiples rayonnant sur l'ensemble de la NC, l'objectif étant d'inciter la population à prendre soin de leur « sourire » (6). Dans ce but, il est mené, en association avec le laboratoire de recherches EA 4748 de la faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand, des enquêtes pour connaître la fréquence des maladies buccodentaires, les habitudes de vie de la population et identifier les difficultés d'accès aux soins dentaires ainsi que les besoins de prévention et de soins (10).

2.3.2.3. Programme de dépistages organisés des cancers féminins

Dépistage organisé du cancer du sein (11) : Lancé en 2009, il est chargé de l'organisation et de la coordination des campagnes de dépistage organisé du cancer du sein chez la femme (50 à 74 ans).

Lutte contre le cancer du col de l'utérus (12) : De par une prévalence, de ce cancer, 2 fois plus importante en NC qu'en Métropole, 2 actions de santé publique sont nées : dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par frottis pour les femmes de 20 à 65 ans (2011) et campagne de vaccination gratuite anti-papillomavirus humain (HPV) pour les jeunes filles de 12 ans scolarisées dans les collèges (2015).

2.3.2.4. Programme Diabète

Mis en place en 1994 et porté par le Comité de prévention de la NC, il fut axé sur les 3 types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et donna naissance au CEDD en 1999 (6). Déployé par

l'ASS-NC depuis 2003, il se cible sur la prévention secondaire et tertiaire depuis 2008. Aujourd'hui à sa troisième version (depuis 2012), il inscrit dans ses actions le Centre d'Éducation, des actions de diététiciennes itinérantes, le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique dans l'intérieur et les îles, le dispositif de podologie « Prévention des amputations », un partenariat pour le suivi en tabacologie avec le centre de soins du CHS, des formations postuniversitaires de soignants ainsi que des actions de sensibilisation vers le grand public (6).

2.3.2.5. Le Centre d'Éducation

Il accueille des patients atteints des maladies chroniques que sont le diabète et, bien plus rarement, la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). Par son équipe pluridisciplinaire, il offre des semaines de stage gratuites (animations en groupe et entretiens individuels) à destination des patients et travaille en collégialité avec l'ensemble des acteurs du secteur de la santé dans le but de répondre à ses 4 objectifs de fonctionnement (améliorer la qualité de vie des patients, augmenter l'adhésion du patient au projet de soins, prévenir l'apparition des complications et diminuer les coûts de santé) (6,13).

2.3.2.6. Programme de prévention des pathologies de surcharge pondérale

En 2007, à la demande des partenaires du programme Diabète d'intensifier les actions de prévention primaire, la NC met en place le premier programme de prévention primaire des pathologies de surcharge (PPS 2008-2012). Porté par l'ASS-NC, il cible principalement les enfants, les femmes et les mères. Il s'est vu reconduit par les programmes « Mange Mieux, Bouge Plus » 2013-2017 et 2019-2023 en mettant l'accent sur le processus participatif et multisectoriel de leurs actions (6).

2.3.2.7. Programme de lutte contre le Rhumatisme Articulaires Aigu (RAA)

Problèmes de santé publique majeurs dans les pays du Pacifique, le RAA et le Cardiopathie Rhumatisme Chronique (CRC) sont dit endémiques aux populations océaniques. Touchant principalement les enfants et les jeunes, le programme a mis en place, entre autres, des dépistages échographiques en Cours Moyen 1 (CM1) et en Classes pour l'Inclusion Scolaire (CLIS), des actions de sensibilisation et un registre du RAA pour réduire les complications secondaires (6,14).

2.3.2.8. Programme de santé sexuelle et prévention des IST-VIH/SIDA

Depuis 1991, de nombreux plans multisectoriels à moyen terme (PMT) se sont succédés : ciblés sur la prévention du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)-SIDA en premier lieu puis s'élargissant à la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en 2011 (6). En 2013, l'évaluation du PMT5 a préconisé une prise en compte globale de la santé sexuelle. Ainsi, le programme de santé sexuelle et prévention des IST-VIH/SIDA 2015-2019 coordonné par l'ASS-NC a émergé avec pour objectif général de promouvoir l'équilibre affectif et sexuel calédonien (6).

2.3.2.9. Programme baromètres Santé, études et enquêtes

Menés sur des populations différentes, les baromètres Santé (enquêtes épidémiologiques) permettent de connaître leurs comportements, croyances et perceptions en lien avec leurs prises de risque et leur état de santé (6). Répétés régulièrement, ils offrent un suivi de l'évolution des divers indicateurs et permettent la construction de programmes adaptés de prévention et de promotion de la santé. Mis en place en 2010, l'ASS-NC recense 5 baromètres Santé depuis : Baromètres Santé Adulte 2010 et 2015, Baromètres Santé Jeune 2014 et 2019 et Baromètre Médecins Généralistes 2016. L'ASS-NC mène également des enquêtes et/ou études ponctuelles selon les besoins et demandes de la population et/ou de ses programmes (15).

2.3.3. Autres actions de l'ASS-NC

L'ASS-NC est partenaire dans divers programmes tels que la Stratégie de Lutte Anti-Tuberculose (SLAT) ainsi que dans des associations et des réseaux divers (réseau périnatal « Naître en NC », réseau d'oncologie « ONCO-NC », réseau de l'insuffisance rénale « RÉSIR » etc.) (4). Elle participe également à la mise en œuvre du plan « Do Kamo, Être épanoui » (plan de santé calédonien 2018-2028). Enfin, elle s'est aussi engagée dans le projet éducatif calédonien 2017-2019.

3. La mission de stage

Mon stage présentait une mission unique mais conséquente, l'évaluation du dispositif de podologie « Prévention des amputations » du programme Diabète qui se décline en 3 actions :

- Un atelier d'éducation thérapeutique en groupe « Des pieds en bonne santé » animé par un pédicure-podologue au Centre d'Éducation.
- Un forfait de soins podologiques dans le Grand-Nouméa de 6 séances (un bilan initial et 5 soins) par an pris en charge par l'ASS-NC pour les personnes diabétiques à haut risque podologique (pieds gradés 2 ou 3 par le médecin).
- Des vacations de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles des 3 provinces de la NC (hors Grand-Nouméa). Les pédicures-podologues ont une triple mission : éducation thérapeutique du patient (ETP) au pied diabétique, séances de soins et formation des professionnels de santé sur site.

Pour ce fait, des questions évaluatives (avec indicateurs) ont été formulées pour interroger la pertinence, la cohérence, le processus et l'implémentation, les résultats en santé et les impacts de ce dispositif. Dans ce but, des recherches documentaires (revue de littérature et étude de documents) et une enquête de terrain (entretiens semi-directifs et questionnaires) ont été réalisées.

4. Résultats

Face à un nombre d'amputations des membres inférieurs important et ne diminuant pas chez les personnes diabétiques en NC, la mise en place et le renouvellement de ce dispositif est plus que pertinent. D'autre part, il est en parfaite concordance avec l'évolution du système de santé calédonien décrite par le plan « Do Kamo, Être épanoui » qui promeut le développement de la promotion de la santé et de la prévention. Outre cette cohérence externe, la cohérence interne du dispositif apparaît de qualité. Toutefois, pour que la théorie d'intervention soit la plus complète possible, il manquerait une formation continue de l'ensemble des professionnels de santé (médecins généralistes et infirmiers) du territoire au pied diabétique (examens de dépistage du pied et gradation du risque podologique, éducation, soins et orientation). L'analyse de processus a montré une acceptabilité du dispositif de bonne qualité par les différents acteurs du territoire. Il en est de même pour sa viabilité de par un investissement important des pédicures-podologues malgré des ressources financières en baisse. Néanmoins, une faiblesse est relevée sur la visibilité du dispositif et son fonctionnement. Quant à l'implémentation, de nombreux CMS bénéficient de vacations de podologie, seuls 4 n'en ont pas (problèmes organisationnels ou équipes non motivées sur site). Essentiel mais avec un quota d'actes sur l'année trop limité pour les professionnels de santé, le forfait de soins podologiques dans le Grand-Nouméa souffre d'un financement se réduisant d'année en année au contraire d'une augmentation de la prévalence de personnes diabétiques. L'atelier d'éducation thérapeutique, apprécié par les participants, connaît une réalisation pérenne. Le résultat en santé attendu (diminution du nombre d'amputations) n'est malheureusement pas atteint. Toutefois, une nuance doit être apportée à ce résultat : la non-augmentation du nombre d'amputations malgré une croissance exponentielle du nombre de personnes diabétiques en NC. De plus, il serait important d'être en mesure d'obtenir plus d'informations sur ces amputations, une diminution du nombre d'amputations majeures et de ré-amputations pouvant être un résultat intéressant du dispositif. Des données supplémentaires ont été demandées au Centre Hospitalier Territorial (CHT) de NC (Médipôle de Koutio) mais sont encore attendues, les démarches administratives étant longues. Des impacts positifs ont émergés en présence de ce dispositif : la mise en place d'inspection régulière des pieds dans certains CMS, des actions sporadiques de pédicures-podologues en faveur du pied diabétique ainsi que la naissance fin 2019 de nouvelles prises en charge multidisciplinaire du pied diabétique dans le Grand-Nouméa (consultation multidisciplinaire en cabinet privé de diabétologue et unité pied diabétique de la clinique Kuindo-Magnin).

PARTIE 2 – MÉMOIRE

1. Constat et questionnement

Pendant mon stage, j'ai pu observer, lors de la prise de connaissance et l'étude des documents sur le dispositif de podologie, son fonctionnement et ses résultats, que le nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC n'avait pas diminué malgré la mise en place du dispositif depuis 2008. En effet, les données fournissent une courbe en légère « dent de scie » dévoilant une tendance de non-diminution de l'incidence sur la période 2006-2017 (*Annexe 1*). Ce constat calédonien n'est pas une exception, la France présentant également le même bilan depuis quelques années (16).

Ce constat de terrain a ainsi orienté mon questionnement à l'origine de ce mémoire. Je me suis, en effet, demandée pourquoi ce nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC ne diminuait-il pas malgré la mise en place et le déploiement du dispositif de podologie « Prévention des amputations » depuis 2008 à l'égard de la population calédonienne diabétique. Face à ce questionnement, il a été nécessaire d'effectuer une revue documentaire pour comprendre à la fois le diabète et le pied diabétique dans leur réalité médicale (importance du diabète et de ses complications podologiques) et sociale (vécu) ainsi que l'impact des Déterminants Sociaux de la Santé (DSS). Un temps a aussi été consacré à la NC. Cette étape a, de ce fait, permis l'orientation des hypothèses puis des objectifs de l'enquête présentée dans ce mémoire.

2. Le diabète, un enjeu de santé publique international

2.1. Le diabète, une réalité médicale

2.1.1. Définition du diabète

Selon l'OMS, « le diabète est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit » (17). On parle d'hyperglycémie chronique (taux de glucose élevé dans le sang). Chez une personne non-diabétique, la constance physiologique de la glycémie, comprise entre 0,8 et 1,4 g.L⁻¹, est obtenue par le couple de contre-hormones glucagon/insuline sécrété par les cellules α et β des îlots de Langerhans du pancréas endocrine (18,19). Hormone protéique naturelle du corps humain et anabolisante, l'insuline joue un rôle majeur sur le métabolisme des glucides, des lipides et des protéines. Produite en permanence chez les non-diabétiques, elle exerce une action hypoglycémisante en favorisant l'entrée du glucose présent dans le sang vers les cellules musculaires, hépatiques et adipeuses (19–21).

Au niveau international, 4 techniques de diagnostic du diabète sont référencées (22) :

- Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g.L⁻¹ (soit 7,00 mmol.L⁻¹) à 2 reprises ;
- Glycémie $\geq 2,00$ g.L⁻¹ (soit 11,1 mmol.L⁻¹) 2 heures après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale ;
- Symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement inexpliqué, somnolence ou coma) et glycémie $\geq 2,00$ g.L⁻¹ (soit 11,1 mmol.L⁻¹) tout au long de la journée ;
- Hémoglobine glyquée (HbA1c) $\geq 6,5\%$ (non retenue en France).

2.1.2. Épidémiologie du diabète

Au niveau mondial : En 2019, 463 millions d'adultes âgés de 20 à 79 ans (9,3%) ont été recensés diabétiques (tout type confondu) (1). Selon les prévisions actuelles, la prévalence devraient continuer sa progression : 578 millions (10,2%) de personnes en seront atteintes en 2030 et 700 millions (10,9%) en 2045 (1).

En France : 3,3 millions de personnes sont suivies et traitées pour un diabète (chiffres de 2016), soit 5% de la population générale (23,24). Les taux de prévalence sont très disparates selon les régions : très élevés dans les départements d'Outre-Mer (2 fois plus de cas) et dans le nord de la

France, ils sont faibles dans les régions de l'ouest de la Métropole (16,25). Le diabète est une des 30 Affections de Longue Durée (ALD n°8) exonérantes (suppression du ticket modérateur) (26).

En NC : Pour une population de 271 407 habitants en 2019, 15 158 diabétiques (déclarés et suivis) étaient recensés à la date du 31 décembre 2019, soit 5,6% de la population générale calédonienne¹.

2.1.3. Types de diabète

Le Diabète de Type 1 (DT1) et le Diabète de Type 2 (DT2) constituent les 2 grands types de diabète définis (27). Il est également référencé des diabètes gestationnels, génétiques (MODY, LADA) ou secondaires à des maladies, infections ou prises de médicaments (1,17).

Le **DT1** (ex Diabète Insulino-Dépendant (DID)) se caractérise par une absence brutale de production d'insuline par le pancréas. Plus grave et assez rare (moins de 10% des cas), cette maladie de l'immunité est due à une mutation génétique s'exprimant au décours d'une infection virale banale dans l'enfance, parfois l'adolescence ou chez les jeunes adultes (1). La symptomatologie est bruyante : sensation de soif excessive (polydipsie), miction fréquente (polyurie), sensation constante de faim, perte de poids soudaine, énurésie nocturne, altération de la vision et manque d'énergie (asthénie). Insulino-dépendant, les injections d'insuline quotidiennes sont le seul traitement (17).

Le **DT2** (ex Diabète Non Insulino-Dépendant (DNID)) se définit par une double pathogénie (1,28) : une diminution de la sensibilité des cellules hépatiques, musculaires et adipeuses à l'insuline (insulinorésistance) et une trop faible production d'insuline par le pancréas (insulinopénie). Due à une fragilité familiale (hérédité) portant sur le pancréas, il se déclare en présence d'un excès de poids (surpoids ou obésité), les facteurs de prise de poids étant à la fois génétiques et environnementaux (malbouffe, sédentarité et stress) (29). Se déclarant habituellement chez les personnes de plus de 40 ans, il est observé de plus en plus de cas chez les jeunes adultes, les adolescents voire les enfants, notamment dans les populations à risque. Les raisons sont nombreuses : sédentarité, déséquilibres nutritionnels ou encore augmentation de l'obésité infantile (1,17). Plus de 90% des personnes diabétiques étant de type 2, c'est le diabète à l'origine du problème de santé publique dans la population mondiale, française et calédonienne (1). Asymptomatique pendant une dizaine d'années, nombre de personnes diabétiques se méconnaissent toujours à l'heure actuelle, d'où l'importance du dépistage. D'autre part, il apparaît comme une maladie sociale, les personnes les plus défavorisées étant les plus exposées. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont ainsi fortes et le gradient social de santé est affirmé tant en termes d'incidence du diabète que de ses complications (30,31). Le pré-diabète (glycémie au-dessus de la normale physiologique mais non-pathologique) est son état annonciateur (1). Pour éviter ou retarder l'entrée dans le DT2, l'éducation thérapeutique joue ici un rôle clé.

2.1.4. Les complications chroniques et aiguës du diabète

Non traité ou mal contrôlé, à terme, de nombreuses complications sont possibles (1,23) :

- Des **complications micro-vasculaires** portant sur les **yeux** (rétinopathie diabétique et dans les stades les plus avancés, une possible cécité), les **reins** (néphropathie pouvant conduire à l'insuffisance rénale et à la dialyse ou encore à la greffe rénale), les **pieds** (neuropathie à l'origine de lésions nerveuses conduisant potentiellement à l'amputation) et le **sexe** (dysfonction érectile chez l'homme et dyspareunie chez la femme).
- Des **complications macro-vasculaires** : Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), Infarctus Du Myocarde (IDM), artériopathie oblitérante des membres inférieurs (amputation).
- Des **complications infectieuses** à l'intérieur comme à l'extérieur du corps (peau et muqueuses), notamment les gencives et les dents.
- Des **comas hypo ou hyper glycémiqes**.
- Un risque majoré de **décès prématuré**.

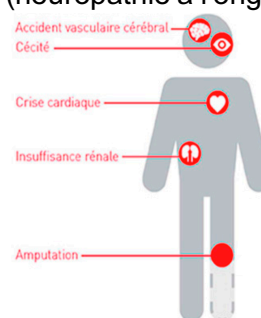


Figure 1 : Les complications du diabète (23)

¹ Données de la CAFAT (obtenues par e-mail)

2.2. Vivre le diabète, univers de la personne diabétique

2.2.1. Une vision au-delà de l'aspect médical

Outre la réalité médicale du diabète, la littérature sur le vécu des personnes diabétiques permet de refléter la vraie réalité de vie avec la maladie. Celles-ci évoquent, en premier lieu, les impacts du diabète dans les différents aspects de leur vie (vie quotidienne, professionnelle, de couple etc.) (32–39). Bien que la personne diabétique, en accord avec les professionnels de santé, recherche l'équilibre glycémique, sa quête de mesure de la maladie est à considérer sous un angle plus large (32). L'objectif est la « vie à l'équilibre », propice à leur santé et à leur bien-être (40). Le diabète peut donc être vécu comme une maladie « égoïste » à l'origine de nombreuses difficultés, de ruptures et brisant le cercle de vie considéré normal (33). Les personnes diabétiques faisant part de nombreux troubles et interdits que la maladie peut générer, les empêchant de vivre pleinement. D'une part, le diabète leur impose un contrôle permanent à vie. Cette chronicité vécue est alors à l'origine d'une quête constante d'informations et d'une perception d'un état de santé possiblement fluctuant (41). D'autre part, des thèmes classiques de la vie quotidienne notamment l'alimentation ou encore l'activité physique deviennent instrumentalisés par la médecine (34,40). En effet, pour éviter une aggravation de la maladie, la prise en charge du diabète s'articule autour d'un traitement médicamenteux et non-médicamenteux (Mesures Hygiéno-Diététiques (MHD)) au sein duquel se décline l'alimentation, l'activité physique et la gestion des émotions. Les pratiques alimentaires antérieures subissent souvent une rupture par le biais des prescriptions diététiques des soignants demandant adaptation et mise en place de nouvelles frontières alimentaires. Non repensées dans le cadre familial, ces modifications alimentaires peuvent être source d'isolement et/ou de souffrance (34). En effet, « les hommes ne mangent pas des nutriments mais des aliments cuisinés, combinés entre eux au sein de préparations culinaires [...] selon un protocole fortement socialisé » (42). Manger est donc plus que la réponse à un besoin physiologique, c'est un « acte d'engagement, un élément d'appartenance et de cohésion sociale » que les prescriptions diététiques viennent fragiliser en réduisant l'alimentation à des normes de quantités et de qualités diététiques (38,43). Outre, la fatigue que le diabète peut provoquer, des inconvénients sont aussi explicités sur le plan de la vie de couple (relations sexuelles) et dans le milieu du travail (33,36,44,45). Bien que la discrimination soit importante, les défis de la gestion du diabète au travail restent sous étudiés (39). Ces difficultés récurrentes et nombreuses peuvent de la sorte être à l'origine d'une stigmatisation de la personne diabétique par l'entourage social alors que son soutien est reconnu comme catalyseur d'une meilleure gestion et d'un bien-être. Malgré ces difficultés, les personnes diabétiques se considèrent néanmoins en santé, le diabète ne les faisant pas souffrir physiquement même s'il leur demande des stratégies d'ajustement mentales et comportementales pour retrouver une stabilité perdue (40).

2.2.2. Maladie du contrôle, de la modération et de la réflexivité

Au vu de ces faits, le diabète apparaît comme une maladie exigeante à l'origine d'une reconstruction identitaire et demandant de la modération, du contrôle et de la réflexivité (32,34). Le malade devient alors une forme exacerbée d'un individu contemporain pratiquant des choix éclairés et soutenus en fonction du risque sanitaire (46). Un « travail du patient », comme le définit Anselm Strauss, est donc ardemment attendu par les soignants, la personne diabétique étant « un acteur dans le processus même de la construction professionnelle de la maladie et dans la division du travail médical » (47). Celui-ci s'objective par l'Auto-Surveillance Glycémique (ASG) via le lecteur de glycémie et le carnet de surveillance, 2 médiateurs dans la relation soignant/soigné ainsi que par le dosage de l'insuline (35,48). Toutefois, à ce travail technique lié aux soins, d'autres formes de travail ont été objectivées : travail de sécurité clinique, travail de machine, travail de confort, travail sur les sentiments avec 3 sous-lignes (travail lié à la maladie, travail de la vie quotidienne avec la maladie et travail biographique) et travail d'information (49,50). Autant de modifications auxquelles doit faire face la personne diabétique, et parfois oubliées par les professionnels de santé (35). Pourtant, connaître la représentation et le vécu de la maladie par la personne diabétique est essentiel pour les soignants dans le but de fournir des soins efficaces centrés sur le patient (37).

2.2.3. Une nouvelle conception de la santé

« Et en bonne santé, et malade » résumerait cette nouvelle conception de la santé : les personnes diabétiques sont malades dans la santé ou en santé dans la maladie (46). Elles se trouvent, en effet, dans une norme caractérisée par la maladie chronique où le schéma classique de guérison étant chamboulé, l'objectif n'est plus de guérir mais de vivre avec et de contrôler la maladie : c'est la gestion de la maladie (47). À l'égard de ces patients chroniques, Georges Canguilhem, médecin et philosophe du XX^{ème} siècle, utilisera l'expression de « malade sain » (46). En effet, « le pathologique doit être compris comme une espèce du normal, l'anormal n'étant pas ce qui n'est pas normal, mais ce qui est un autre normal », la maladie devenant une autre allure de la vie (51). La blessure devient une autre force car « être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique » (51). Philippe Barrier, diabétique de type 1 et philosophe du XXI^{ème} siècle, en s'inspirant des travaux de Canguilhem, explicitera à son tour cette norme sous le terme d'auto-normativité, processus par lequel le patient chronique s'approprie la maladie et détermine par lui-même sa nouvelle norme de santé globale (46). Pour cela, la personne diabétique produit son propre savoir profane sur la maladie en s'appuyant sur une multiplicité de sources d'informations (professionnels de santé, observation et/ou échanges oraux d'expériences entre personnes diabétiques, expérience personnelle de la maladie, expérimentation (sous-forme de l'expérience), échanges avec la famille ou encore informations des média (33)). Bien que les professionnels de santé constituent la première source au début de la maladie, elle perd de son importance avec le temps mais aussi selon la disponibilité des soignants (41,52). L'observation de cas compliqués de diabète est fortement soulignée. Elle est essentielle dans la construction des savoirs liés aux menaces du diabète, créant un sentiment de peur et une crainte à l'égard de la dite complication (33).

3. Le pied diabétique, un des fardeaux du diabète

3.1. Le pied diabétique, une réalité médicale

3.1.1. Physiopathologie du pied diabétique

Le pied diabétique, exposé à un risque aigu de plaies chroniques et d'amputations, est un « syndrome pouvant affecter toutes les parties du pied chez le diabétique, grave, caractérisé par des troubles de la sensibilité et des troubles vasculaires qui conduisent à une mauvaise irrigation des tissus ainsi qu'à des ulcérations plantaires » (53). Il se situe au carrefour de multiples complications (54–56) : l'IWGDF évoque une « infection, ulcération ou destruction des tissus profonds du pied associés à une neuropathie et/ou une artériopathie périphérique des membres inférieurs chez les patients diabétiques » (57). Ainsi, associées à des microtraumatismes, l'AOMI et la ND conduisent à des plaies (ulcérations) non ressenties et cicatrisant difficilement. Une infection peut se surajouter et majorer le risque d'amputation (*Annexe 2*).

3.1.1.1. *L'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI)*

Due à une atteinte obstructive des artères des membres inférieurs, provoquée par un dépôt de lipides au niveau de leur paroi interne, l'AOMI, en occasionnant une ischémie distale, est à l'origine d'un processus de cicatrisation compliqué, 20 fois plus d'oxygène étant nécessaire (58–60). Une atteinte des structures profondes (cellulite, ostéite, ostéomyélite et gangrène) est alors accrue (61). En plus d'être indolore et souvent asymptomatique, elle est plus fréquente, sévère, précoce, distale, diffuse et d'évolution plus grave chez les personnes diabétiques (54,62).

3.1.1.2. *La Neuropathie Diabétique (ND)*

Localisée préférentiellement au niveau du pied, la ND, bien souvent sensitivo-motrice, végétative, bilatérale et symétrique (polyneuropathies), génère des atteintes sensitives (troubles de la sensibilité thermique, tactile, algique et profonde), motrices (déficit moteur, abolition des réflexes achilléen, déformations du pied et appuis anormaux à long-terme) et végétatives (troubles de la sudation du pied, sécheresse cutanée anormale ou encore troubles vasomoteurs) des nerfs périphériques (54). Par l'atteinte sensitive, le pied devient peu voire insensible à l'extérieur, les signaux d'alerte permettant de le protéger étant abolis. Le risque de plaies du pied diabétique est alors majoré. Les

atteintes motrices et végétatives entraînent une formation accrue d'hyperkératoses (épaississement de la couche cornée de l'épiderme), cause de possibles microtraumatismes.

3.1.1.3. Les microtraumatismes extrinsèques et intrinsèques

En tant qu'interface entre le corps et l'environnement, le pied, soutien fondamental du corps, connaît de multiples microtraumatismes extrinsèques et intrinsèques répétés, étant les déclencheurs des plaies du pied diabétique dans 95 % des cas (*Annexe 3*) (54).

3.1.1.4. L'infection du pied diabétique

Relativement fréquente, l'infection d'une plaie du pied diabétique, en augmentant le risque d'amputation de plus de 50%, nécessite un diagnostic en urgence et une prise en charge immédiate. En outre, l'infection majore le déséquilibre du diabète qui lui la favorise (54). L'IWGDF a produit une classification clinique en 4 stades de la sévérité de l'infection (*Annexe 4*) (54).

3.1.2. Le risque podologique

Gradé par le médecin après examens de dépistage du pied diabétique, c'est le risque potentiel d'ulcération du pied diabétique (plaies du pied diabétique) et d'amputation.

Les **plaies du pied diabétique (ulcères du pied diabétique (UPD))** sont des ruptures de la barrière cutanée ne cicatrisant pas ou laborieusement. Assez fréquentes, particulièrement en cas de diabète non équilibré, 15 à 20% de personnes diabétiques déclareront une plaie (63). Il en existe 3 types :

- Les **plaies neurologiques/neuropathiques pures ou Mal Perforant Plantaire (MPP) (55,60,61,64)** : Lésion la plus fréquente, le MPP est une cavité prospérant au centre d'une zone d'hyperkératose, principalement au niveau des zones d'hyperpression (points d'appuis plantaires). Non douloureuse et peu étendue en surface, la cavité a, toutefois, une profondeur considérable et une tendance de non-cicatrisation. L'AOMI et l'infection le compliquent.
- Les **plaies artérielles pures (ou plaies ischémiques) (60,64)** : Causées par les frottements de la chaussure au pourtour du pied, les plaies artérielles pures demeurent assez rares. La gangrène est la complication majeure en cas d'ischémie sévère (65).
- Les **plaies mixtes (ou plaies neuro-ischémiques)** présentent des composantes artérielles et neurologiques, ces dernières les rendant asymptomatiques (65).

L'aspect infectieux est à objectiver dans chacune de ces plaies.

L'amputation des membres inférieurs est le risque commun de ces plaies. Cette « séparation d'un membre ou d'une partie d'un membre du corps » peut être mineure (orteils et/ou pied) ou majeure (cuisse et/ou jambe) (66). 85% des amputations sont précédées par une ulcération du pied dégradée, une sévère gangrène et/ou une infection (67).

3.1.3. Les facteurs de risque du pied diabétique

Les facteurs de risque sont multiples :

- **L'âge et le sexe** : Les hommes et les personnes âgées diabétiques sont plus à risque de développer un pied diabétique (65,68,69).
- **L'ancienneté et le type de diabète** : La littérature scientifique a conclu, par des résultats statistiquement significatifs, à un développement majoritaire d'UPD en lien avec la durée moyenne d'évolution du diabète (68–70). Le DT2 est aussi corrélé à une incidence plus élevée de complications podologiques (1).
- **Le déséquilibre du diabète** : L'équilibre glycémique s'objective par 2 paramètres biologiques : le taux de glycémie (taux de sucre dans le sang à un instant t) et d'HbA1c (71,72). Un contrôle régulier de la glycémie est offert aux personnes diabétiques par l'usage de lecteurs, leur permettant d'agir si besoin sur les 4 facteurs la modifiant (alimentation, activité physique, émotions et médicaments antidiabétiques (comprimés et/ou injectables)). L'HbA1c, pourcentage de l'hémoglobine lié chimiquement à des molécules de glucose, est le reflet de la glycémie lors de la durée de vie des globules rouges (120 jours) (71). La valeur normale est comprise entre 4 et 5,7%, le pré-diabète se définit entre 5,7 et 6,5% et le diabète débute au-delà de 6,5%. Une fois déclaré, l'objectif est d'être au taux moyen de 7% (diabète équilibré). Au-dessus, les risques

d'apparition de complications à long-terme se majorent (72). Un taux plus élevé est toléré chez les personnes diabétiques âgées et/ou avec des complications graves. Ainsi, des études sur le DT1 et le DT2 ont démontré une diminution du risque d'apparition de la ND de 70% sur 5 ans lors d'un diabète équilibré (73,74). Outre son contrôle, la prévention de l'AOMI quémende également celui des autres facteurs de risque cardiovasculaires.

- **L'hypercholestérolémie et l'HyperTension Artérielle (HTA)** : En sus de favoriser le diabète, ces facteurs de risque cardiovasculaires participent à l'apparition de l'AOMI et du pied diabétique.
- **Le surpoids et l'obésité** : Dans ces conditions, la personne cumule à la fois des facteurs de risque cardiovasculaires mais aussi des difficultés d'examen régulier de ses pieds.
- **Le tabac (60)** : Facteur de risque majeur, il favorise l'incidence de la ND et de l'AOMI en amplifiant les troubles de la circulation sanguine et l'obstruction progressive des artères. 75% des AOMI des personnes diabétiques se développent chez des fumeurs. De plus, les troubles psychologiques et sociaux provoqués par une consommation majeure génèrent des freins conséquents à la prévention des plaies et aux soins des pieds.
- **Les comportements à risque** : Cause première de microtraumatismes, ils accroissent le risque d'UPD et d'amputation. Associés à la ND et l'AOMI, la plaie semble inévitable. Ces comportements sont nombreux : mauvaise hygiène des pieds, chaussage inadapté, marche pieds nus ou encore proximité trop grande avec des sources de chaleur ou de froid (ces deux derniers étant particulièrement dangereux en cas de ND).
- **La présence de complications podologiques** : La présence d'une ND et/ou d'une AOMI majorent le risque d'UPD et d'amputation (60). Les antécédents podologiques (déformation(s) du pied, ulcération(s) chronique(s) ou amputation(s)) accentuent le risque de plaies et d'amputations futures. Dans les 3 ans suivant l'amputation, seuls 25 à 50% des personnes diabétiques survivent (75). 50% seront à nouveau amputés dans les 5 ans, bien souvent du membre controlatéral (75).
- **Atteintes des reins et du pancréas** : La néphropathie diabétique aggrave l'AOMI et la ND (60). De par le traitement immunosuppresseur (inhibition de l'angiogenèse et augmentation d'athérosclérose), les patients diabétiques greffés d'un rein ou du complexe rein-pancréas se présentent à risque podologique élevé (60). De plus, une infection systémique sévère est très probable lors d'une plaie du pied chez ces derniers.

3.1.4. Épidémiologie du pied diabétique

Au niveau mondial : 12 à 25% des diabétiques développeront un pied diabétique (76). 15 à 20% connaîtront des UPD. La prévalence d'UPD a été objectivée à 6,3 % par une méta-analyse en 2017 (67). Les hommes, les diabétiques de type 2 et les personnes en situation de précarité (assez précocement) sont majoritairement atteints (67,76,77). L'amputation des membres inférieurs étant 10 à 20 fois plus courante avec un diabète, il est la première cause d'amputation non-traumatique (1). 5 à 10% de diabétiques sont ou seront amputés de façon mineure ou majeure au cours de leur vie (78). Après une amputation, le taux de survie est de l'ordre de 8,4% à 10 ans (79).

En France (16,80) : En 2017, la prévalence d'UPD était de 5,6% (67). Environ 10 000 amputations sont réalisées chaque année selon la Fédération Française des Diabétiques (FFD). L'incidence des UPD s'est accrue depuis 2010, celle des amputations demeure stable. Leurs taux d'incidence standardisés varient selon le sexe, les régions et le niveau socio-économique (16,81).

En NC : L'incidence et la prévalence des UPD ne sont pas connues et difficilement estimables. L'incidence des amputations des membres inférieurs (majeures et mineures) montre une tendance à la non-diminution depuis 2006 (Annexe 1).

3.1.5. Coût du pied diabétique

Cause importante de morbidité et de mortalité, le pied diabétique est une complication médicale, sociale et économique majeure, les UPD et les amputations étant graves et coûteux (54,59,80). Bien que la littérature soit peu conséquente sur le coût médico-économique du pied diabétique, une étude de 2003 avait conclu à une prise en charge s'échelonnant, en France, entre 1 000 et 20 000 € selon

le type de plaies et la sévérité de l'infection (82). Une amputation était estimée à 32 000 €. Ces données ne sont pas disponibles en NC.

3.2. Prévention des plaies du pied diabétique et des amputations

3.2.1. Prévention primaire du pied diabétique

Ayant pour objectif de réduire l'incidence des complications podologies liées au diabète, il est différencié 2 types de prévention primaire.

3.2.1.1. Prévention des pathologies diabétiques du pied

L'équilibre du diabète, le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires et l'arrêt du tabac sont les principales mesures préventives pour réduire l'apparition de l'AOMI et de la ND (60,83,84).

3.2.1.2. Prévention des microtraumatismes et des UPD

La prévention primaire se réfère aussi à (re)connaître les situations à risque, une ND et/ou une AOMI étant souvent déclarées. Il est essentiel d'apprendre aux personnes diabétiques et à leur entourage, l'auto-surveillance et l'auto-soin réguliers des pieds. Cela repose sur une ETP au pied diabétique, répétée et cohérente entre les différents acteurs impliqués (médecin généraliste, pédicure-podologue, infirmier et diabétologue), adaptée aux besoins et attentes de la personne tout en considérant ses potentielles difficultés (baisse de la vue, perte de souplesse etc.) (54,60). Les messages éducatifs devront comprendre (*Annexe 5*) (54,60,85) :

- **L'hygiène des pieds** : Le lavage, le rinçage et le séchage doivent être corrects et minutieux. Les pieds doivent être inspectés le plus rigoureusement possible au minimum une fois par semaine (*Annexe 6*). Il est également conseillé de masser les pieds secs avec cornes (hyperkératoses) avec des crèmes hydratantes et/ou des huiles.
- **Le chaussage (*Annexe 7*)** : Un chaussage adéquat et adapté est nécessaire (choisi selon l'activité, en protégeant l'ensemble du pied sans frottements). En outre, il est déconseillé aux personnes diabétiques à haut risque podologique de marcher pieds nus.
- **La coupe des ongles** : L'usage des instruments pointus est strictement interdit.
- **Les situations à risque et les ennemis des pieds** (chaussures, cornes, ongles, mycoses interdigitales, corps étrangers divers, sources de chaleurs, « chirurgies de salle de bains » etc.).
- **Les démarches à suivre lorsqu'une plaie est détectée par la personne diabétique.**
- **La compréhension des pathologies (ND et AOMI) et leurs conséquences.** La maxime diabétologique « pied insensible = pied en danger » se doit d'être connue et partagée.

Les mesures citées précédemment restent primordiales ainsi que la vaccination antitétanique à jour.

3.2.2. Prévention secondaire du pied diabétique

3.2.2.1. Dépistage du pied diabétique et gradation du risque podologique

Contrôle annuel sous la responsabilité du médecin généraliste ou du diabétologue, le dépistage du pied diabétique permet d'objectiver le grade lésionnel du pied diabétique (risque podologique) et d'orienter la prise en charge du patient (84). Ce dépistage se compose de 4 temps (54) :

- **La présence d'antécédents d'ulcérations chroniques (plus de 4 semaines) et/ou d'amputation(s)** (le risque de nouvelle ulcération et/ou d'amputation étant majoré).
- **La présence de déformations du pied** (orteil(s) en griffe ou en marteau, pieds creux, hallux valgus, proéminences des têtes métatarsiennes etc.) **et de troubles de la marche** (observation d'hyperkératoses et de signes de trouble de la statique). Le chaussage doit être vérifié pour déterminer si les chaussures sont adéquates et adaptées aux pieds observés.
- **L'objectivation d'une AOMI** (dépistage du pied ischémique) basée sur l'interrogatoire, l'inspection du pied et la palpation des pouls distaux (pédieux et tibiaux postérieurs) ou sur des examens complémentaires (recherche de souffle(s) vasculaire(s), calcul de l'index de pression systolique, étude des flux par doppler continu, pression du gros orteil ou mesure de débit par technique pléthysmographique ou électromagnétique). Des pieds ischémiques, plus froids que les jambes, présentent des pouls distaux abolis ou faibles, une peau fine, fragile et glabre, une hyperonychie (ongles épais) et un souffle vasculaire (60,86).

- **L'objectivation d'une ND périphérique** notamment de la perte de sensibilité (dépistage du pied neurologique) basée sur l'interrogatoire (signes sensitifs et moteurs positifs ou négatifs), l'inspection du pied et le test du monofilament ou l'examen au diapason gradué ou au biothésiomètre (86–88). Détectant la perte de sensibilité tactile et algique, le monofilament est l'instrument de dépistage de la ND le plus simple et performant et le moins coûteux (54,86). L'examen doit être le plus rigoureux possible (*Annexe 8*). Des pieds neurologiques sont chauds et insensibles et présentent des poulx parfois bondissants, une peau épaisse et sèche, une hyposudation, une hyperkératose au niveau des 7 points d'appuis (sous la tête des 5 métatarsiens, sous le talon et au niveau de la styloïde du cinquième métatarsien) et une aréflexie ostéotendineuse (60,86).

Le médecin généraliste ou le diabétologue détermine ensuite le risque podologique en suivant la gradation (grade 0 à 3) de l'IWGDF (adoptée par la Haute Autorité de Santé (HAS)) (*Annexe 9*).

3.2.2.2. Prévention adaptée au risque : éviter les UPD et leur récurrence

À ce niveau, la prévention des microtraumatismes et des UPD (*cf* 3.2.1.2.) est aussi primordiale, tout en l'adaptant au grade. Le guide français « Pédimémo : comment prendre soin de ses pieds quand on a un diabète ? » décline, ainsi, des conseils et informations en fonction du grade des pieds (64). Bien souvent, cette ETP n'est dispensée par les professionnels de santé qu'aux personnes diabétiques dites à risque podologique modéré ou haut (grade 1 à 3). Toutefois, la FID et l'Ordre National des Pédicures-Podologues (ONPP) la préconisent dès l'entrée dans le diabète (1,89).

Au sein de cette prévention secondaire, se décline également l'intervention des pédicures-podologues ainsi que le chaussage et l'usage des orthèses :

- **Le rôle clé des pédicures-podologues** : De nombreuses études ont montré leur importance. En France, après expérimentation au plan national par les réseaux diabète et avis de la HAS, il a été inscrit à la nomenclature, en 2007, par décision ministérielle, le remboursement des soins podologiques par l'assurance maladie pour les diabétiques à haut risque podologique (90). La Convention Nationale des podologues du 31 décembre 2007 a ainsi reconnu cette mission de prévention (91,92). Sur prescription médicale, les grades 2 bénéficient d'un forfait annuel de 4 séances de soins de prévention et les grades 3, de 6 séances. Ce forfait se compose d'un bilan diagnostic initial et de séances de soins de prévention (30 à 45 minutes), le tarif imposé étant de 27 euros par séance (lettre-clé POD) (92,93). Une fiche de synthèse est envoyée au médecin prescripteur au terme du traitement annuel (93). Les actes à réaliser au cours de ces séances sont l'examen des pieds et la gradation du risque podologique, les soins de pédicurie-podologie (traitement des ongles, panage des hyperkératoses liées à des hyperpressions locales etc.), l'ETP à l'auto-surveillance et l'auto-soin des pieds, l'évaluation du chaussage et la mise en place d'orthèses plantaires (décharger les zones d'hyper-appuis) (54,92,93).
- **Chaussage (54)** : Le choix des chaussures se fait selon le risque podologique. Il est relativement libre pour les grades 0 et 1, bien que certains critères soient préconisés (bon maintien du talon, pas de déformation de la chaussure, pas de « bout dur » et de coutures agressives à l'intérieur de la chaussure). Il est plus contraint pour les grades 2 et 3 (CHaussures Thérapeutiques à Usage Prolongé ou Temporaire (CHUP ou CHUT) et chaussures orthopédiques en podo-orthèse).
- **Orthèses** avec les orthoplasties (orthèses d'orteils réduisant les pressions à risque) et orthèses plantaires (orthèses placés sous le pied pour répartir les pressions et limiter les frottements) (54).

3.2.3. Prévention tertiaire : traitement des plaies du pied diabétique

Deux temps sont à distinguer : l'évaluation des UPD et les différents traitements à proposer selon la plaie, sa nature et sa gravité. L'évaluation comprend 5 temps (54,55,94) : évaluer les facteurs déclenchants, la plaie (nature, état et contenu, superficie, profondeur et tissus exposés (recherche de contact osseux prédictif d'une ostéite)), la présence de signes cliniques locaux d'infection, la peau périlésionnelle et l'ischémie tissulaire. Il existe 4 classifications des plaies, la plus utilisée étant celle de Wagner (*Annexe 10*) (95). Les traitements, multiples, sont (ordre d'usage) :

- **Traitement général (54,94)** : Avoir l'équilibre glycémique optimal, contrôler l'infection et restaurer

un apport artériel suffisant (si besoin), lutter contre l'œdème, avoir un apport nutritionnel adéquat et s'assurer du statut vaccinal antitétanique. Un traitement antalgique est également possible.

- **Mise en décharge de la plaie (54,63,94) :** Essentielle, elle joue un triple rôle : éviter toute contrainte mécanique au niveau de la plaie, arrêter l'aggravation de l'ulcération et participer à la cicatrisation de la plaie. Toute plaie non déchargée est ainsi une plaie non traitée. Les techniques sont multiples selon la plaie et la personne (*Annexe 11*).
- **Traitement local (54,55,94) :** Nettoyage de la plaie, détersion, momification (assèchement), choix et fermeture du pansement.
- **Revascularisation endovasculaire (angioplastie) ou chirurgicale (pontage) (94).**
- **Traitement de l'infection (54,94).**
- **Traitement chirurgical orthopédique (94–96) :** Il est distingué la chirurgie préventive (élective ou prophylactique) et l'amputation.

L'hospitalisation n'est pas systématique, un UPD avec une AOMI et/ou une infection aggravée la nécessitera (63). Les seules urgences chirurgicales d'amputation sont la gangrène gazeuse, la fasciite nécrosante, l'abcès et la cellulite extensive avec septicémie (menace vitale).

3.2.4. Approche multidisciplinaire du pied diabétique

Du fait de sa complexité, le pied diabétique demande une approche d'équipe multidisciplinaire se modulant en fonction du risque podologique, l'acteur central étant la personne diabétique (*Annexe 12*). Cette approche permet de mettre en place les stratégies de prévention des amputations préconisées par l'IWGDF (65) : contrôle optimal de la glycémie, ETP du patient au diabète et au pied diabétique, éducation et formation des professionnels de santé au pied diabétique, dépistage des sujets à risque, séances de soins de prévention des pédicures-podologues et prise en charge multidisciplinaire (prévention et traitement). La littérature a confirmé le bien-fondé d'une telle approche notamment déployée dans une clinique du pied (« foot clinic ») (97–99). Le consensus de l'IWGDF de 2019 a démontré qu'elle réduit le taux d'amputation de 49 à 85% (65).

3.3. Vivre les complications podologiques

3.3.1. Appréhension des complications podologiques

Bien que décrites comme les plus évitables, les comportements d'auto-surveillance et d'auto-soin des pieds sont les moins adoptés au regard du régime alimentaire, de l'activité physique ou encore de l'ASG. Les personnes diabétiques sont, en effet, déjà en proie à l'appropriation de leur maladie et leur nouveau mode de vie, bien souvent accompagnée de symptômes d'anxiété et de dépression (100). D'autre part, leurs croyances sur les complications du pied (causes et prévention) peuvent différer de celles des soignants et les amener à adopter des comportements d'auto-soin dangereux (101,102). En outre, connaître les comportements appropriés et/ou se croire voire savoir à risque n'impliquent pas, de facto, la modification des habitudes et/ou l'adhésion aux recommandations. Au-delà de l'invisibilité des symptômes, la non-adhésion thérapeutique s'explique principalement par l'empiètement des mesures préventives sur le mode de vie (102). Pour conserver une certaine normalité, des prises de risque peuvent être observées (marcher pieds nus etc.). Ainsi, l'engagement dans ces comportements d'auto-surveillance et d'auto-soin est soumis à un ensemble de facteurs (100,103) : connaissances et attentes de la personne, les avantages et les inconvénients perçus, la certitude et/ou les croyances en matière de prévention, la perception du risque (amputation) et les états émotionnels liés, les représentations, les réactions émotionnelles du diabète et l'expérience de la maladie et la perception des conséquences du diabète. D'après la littérature, les comportements d'auto-surveillance et d'auto-soin des pieds semblent principalement basés sur la crainte (peur) d'une amputation ainsi que sur la perception du risque d'amputation. Toutefois, ces dernières provoquent l'effet inverse en cas de souvenir d'un membre de la famille ayant subi une amputation due au diabète. L'adoption de ces comportements traduirait, ici, une diminution de la peur et une plus grande croyance en ses capacités et son efficacité (103).

3.3.2. Expérience (UPD et/ou amputation) et fatalité : une cause perdue ?

Faire l'expérience d'UPD et/ou d'amputation favorisent ou renforcent l'approche fataliste de la prévention du pied diabétique par la perception d'une perte de contrôle (104,105). Les personnes diabétiques amputées insistent sur une apparition inattendue et une progression rapide d'une ulcération et/ou d'une infection (104,106). De plus, les événements conduisant à une plaie et à une amputation sont souvent difficilement compris (104). D'autre part, en cas de récurrence d'UPD, le locus de contrôle devient de plus en plus externe tandis que le sentiment de contrôle (éviter les plaies et détecter les signes d'apparition) est de moins en moins élevé (105). En lien avec ces réactions émotionnelles, la non-adhésion thérapeutique (adhésion stratégique) est renforcée, cette réponse comportementale consistant à prendre des risques pour vivre aussi normalement que possible (107). Par exemple, le non-port des chaussures thérapeutiques s'explique non seulement par des faits de confort et de style mais aussi par une remise en cause de l'identité féminine. En sus de cette fatalité omniprésente, les personnes diabétiques soulignent également les impacts des UPD et des amputations dans leur vie (105). La cicatrisation d'un UPD nécessite un certain temps. La récurrence est fréquente notamment avec une ND et peut aboutir à l'amputation dans les cas les plus graves. Cet état « instable » retentit alors sur leur état émotionnel et leur qualité de vie (106,108). Leur vie quotidienne, familiale, professionnelle et sociale sont impactées par des souffrances émotionnelles, financières, physiques et sociales provoquées par l'UPD et/ou l'amputation (54,106,109,110).

3.4. Les différents obstacles à la prévention

Trois grandes catégories de freins permettent de comprendre et d'expliquer pourquoi la prévention et le traitement du pied diabétique demeurent fragiles.

3.4.1. Freins inhérents aux personnes diabétiques

Le pied n'est pas considéré comme un organe noble dans la hiérarchie des soignés (60). D'autant plus que l'absence de douleur due à la ND est souvent associée à l'absence de danger, même si la maladie est connue (60,111). D'autre part, de nombreuses études ont conclu à des connaissances manquantes, limitées et/ou erronées sur les complications podologiques et le risque podologique (101,102). Ce manque de connaissances est fréquemment corrélé à des niveaux d'étude et socio-économique faibles ainsi qu'une absence d'ETP sur le pied diabétique (112). Cette lacune d'éducation engendre alors une faible sensibilisation aux causes d'amputation et un retard dans le traitement (113). Le risque est donc méconnu et négligé quand survient une plaie (114). Le recours au seul traitement traditionnel est ici pointé du doigt (102,113). La pratique de comportements à risque est également un frein majeur (115). Toutefois, elle n'est parfois pas considérée dangereuse, des croyances entraînant une mauvaise compréhension des complications du pied diabétique et donc des comportements d'auto-soin perçus adéquats mais pouvant accroître le risque d'UPD et d'amputation (101). Dans d'autres cas, les comportements d'auto-soin attendus sont connus mais la prise de risque semble essentielle pour vivre une « vie normale » et non contrainte (102). La non-adhésion thérapeutique à l'autogestion attendue s'analyse donc à l'aune de l'ensemble de ces points (111). En outre, la littérature a exposé différentes raisons de la mauvaise adhésion thérapeutique aux chaussures orthopédiques (non attractives, non confortables, risque de chute, remise en cause de la féminité etc.) (107,116–119). La gratuité n'augmente pas le port (120). La santé physique et mentale jouent aussi un rôle important. L'âge, le surpoids ou l'obésité contraignent les comportements d'auto-surveillance et d'auto-soin préconisés (baisse de la vue, perte de souplesse etc.) (60). Les symptômes dépressifs ou bien la consommation d'alcool augmentent le risque d'UPD, ceux-ci étant couramment objectivés chez des diabétiques en rupture avec l'environnement social, familial et médical et ayant adopté des comportements de santé délétères (111,121). La motivation, la croyance en ses capacités (auto-efficacité) et dans l'efficacité des mesures préventives sont également à considérer. En effet, le bénéfice perçu de la prévention est difficile à considérer du fait de symptômes invisibles, d'une récompense abstraite, sur le long-terme voire jamais connue de l'observance thérapeutique (114). De ce fait, des personnes peuvent refuser de se déchausser en cabinet et/ou de se rendre chez le pédicure-podologue (122). L'expérience d'UPD et/ou

d'amputation favorisent l'approche fataliste de l'autogestion, le sentiment de compétence étant de moins en moins élevé et le locus de contrôle de plus en plus externe (104,105,107).

3.4.2. Freins inhérents aux professionnels de santé

Le pied n'est aussi pas considéré comme un organe noble dans la hiérarchie des soignants (60). Ils donnent bien souvent la priorité au contrôle de la glycémie et ce, même dans les programmes d'ETP, les infirmiers d'éducation thérapeutique manquant de temps (123–125). D'autre part, les problèmes du pied diabétique ainsi que la compréhension de la perception des personnes diabétiques sur ce sujet sont souvent sous-estimés par les soignants (114,124,126). D'autant plus que les médecins généralistes ne sont que très peu formés dans leurs études initiales à l'aspect podologique du diabète et à l'ETP associée (1,60,122). Les complications podologiques n'étant donc pas une priorité, le dépistage des pieds et la gradation du risque podologique sont très aléatoires (76,114,127–129). Or l'auto-soin des pieds est lié à l'attention que le soignant porte aux pieds (examen expliqués et conseils adaptés au risque podologique) (102,126,129–131). Outre cette formation précaire, la démarche éducative est peu effectuée par les médecins généralistes ou les diabétologues (manque de temps et de matériel, activité non rémunérée, barrière linguistique, culturelle, instruments pas toujours utilisés etc.) (129,132). De plus, le pied diabétique étant une complication demandant une approche multidisciplinaire, il est parfois difficile de savoir vers quels spécialistes s'orienter pour les médecins généralistes, ces derniers n'étant que peu interpellés par des amputations au quotidien au contraire du spécialiste. Ainsi bien que les médecins généralistes aient un rôle imminent à jouer à l'égard du pied diabétique (examens, éducation, soins et orientation), ils observent des difficultés dans la mise en place de ces missions (1,114,115,123). Pour pallier cela, est notamment apparu le dispositif Action de Santé Libérale En Équipe (ASALEE) où un Infirmier Délégué à la Santé Publique (IDSP) effectue, au sein de leur cabinet, entre autre, l'ETP et le suivi des patients diabétiques (133–135).

3.4.3. Freins inhérents à l'environnement

L'âge avancé lors des amputations ne provoque que peu d'émotion publique, 70% d'entre elles survenant après 65 ans (60). Par ailleurs, les séances de soins de prévention des pédicures-podologues ne sont remboursés, par l'assurance maladie en France et l'ASS-NC en NC, que pour les pieds de grade 2 ou 3. Ces soins font donc partie des soins renoncés en raison de leur coût (127,128). D'autre part, l'approche préventive et éducative adoptée manque parfois d'adaptation culturelle (136). Enfin, des difficultés dans le parcours d'orientation, un manque de ressources et d'accès aux soins multidisciplinaires sont à considérer (137).

4. Le point en Nouvelle-Calédonie (NC)

Collectivité d'Outre-Mer à statut particulier, cet archipel du Pacifique, à plus de 16 000 kilomètres de la Métropole, présente une île principale (la Grande-Terre) entourée d'un ensemble d'îles à l'Est, au Sud et au Nord (les îles Loyauté, l'île des Pins et Bélep) (138,139).

4.1. Le diabète en NC

De façon similaire aux départements et régions d'Outre-Mer français, la NC n'échappe pas à la croissance exponentielle du DT2 (140,141). Les populations urbanisées des pays et territoires insulaires du Pacifique présentent ainsi des taux de prévalence de DT2 parmi les plus élevés, faisant ainsi du diabète une charge (1,142). Ce phénomène, évoqué sous le terme de « syndrome de Nauru » (île du Pacifique), a été expliqué par l'effet pervers de la modernité, c'est-à-dire une transition (trop) rapide de ces îles vers un mode de vie occidentalisé (disparition de l'alimentation de base et de ses modes de recueil (chasse, pêche et cueillette), diminution de l'activité physique et développement de l'industrie agroalimentaire) (140,141,143). Ainsi, les populations des pays en développement de même que les communautés minoritaires ou défavorisées dans les pays industrialisés sont devenues les plus exposées au DT2 (144,145).

4.1.1. L'étude CALédonie DIAbète (CALDIA) et les programmes Diabète

La NC a tenu, en 1991, à mener une étude de prévalence sur le diabète. L'étude CALDIA réalisée entre 1992 et 1993 par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a alors objectivé 10,2% (8,9 % après standardisation sur la population mondiale) de diabétiques dans la population adulte étudiée (échantillon de 9390 personnes entre 30 et 59 ans) (146,147). Au décours, des populations à risque ont émergé : les polynésiens et les mélanésiens résidant en zone urbaine, notamment les femmes. L'étude pointait aussi du doigt une prévalence du diabète 3 fois supérieure en NC par rapport à la France alors. La susceptibilité génétique au DT2 (gène d'épargne ou génotype économe), les facteurs environnementaux (mode de vie occidentale et niveau socio-économique) et l'interaction de ces derniers ont été les principaux déterminants mis en cause (146). Ils avaient aussi été soulignés dans une étude de 1982 exposant une prévalence du diabète plus importante chez les polynésiens que les mélanésiens vivant en zone rurale en NC (148). Une étude de 1985 avait, quant à elle, démontré une prévalence de l'obésité et du diabète nettement plus élevées pour les wallisiens à Nouméa qu'à Wallis, affirmant déjà les déterminants environnementaux du diabète dans les populations du Pacifique (149). D'autre part, le risque de complications est supérieur dans les îles du Pacifique et les territoires français d'Outre-Mer qu'en Métropole (140,150). Face à l'étendu de ce problème de santé, le Congrès de la NC a fait du diabète une priorité de santé publique par la **délibération n°490** du 11 août 1994 (6). Le premier programme Diabète voit alors le jour. Géré par le Comité de Prévention de la NC jusqu'en 2003, la coordination a été transférée à l'ASS-NC depuis. Historiquement axé sur les trois niveaux de prévention, il s'est concentré sur la prévention secondaire et tertiaire en 2008 via sa deuxième version (programme Diabète 2006-2010). Depuis 2012 cours le troisième programme.

4.1.2. Évolution du diabète

Le diabète est la maladie chronique la plus fréquente en termes de prise en charge Longue Maladie (LM) par la CAFAT (6). Elle s'accompagne par la désignation d'un médecin référent et la délivrance d'un carnet de suivi médical (carnet vert). En absence de dossier médical partagé, ce carnet, lien privilégié entre les différents praticiens, favorise la continuité et la coordination des soins. Toutefois, certaines personnes diabétiques restent sous le régime de l'aide médicale Province Sud, Nord ou Îles Loyauté. Seule celle du Sud ouvre les droits à la CAFAT.

Depuis l'étude CALDIA, une multiplication par 6 en 23 ans (1996-2019) du nombre de personnes diabétiques suivies en NC a été observée. Cette augmentation est corrélée à 80% à l'explosion de la surcharge pondérale avec l'adoption de nouveaux mode de vie, majorée par la susceptibilité génétique et pour partie (20% restant) au vieillissement de la population (6,30). D'après les données CAFAT, en 2019, 5% étaient de type 1 et 95% de type 2.

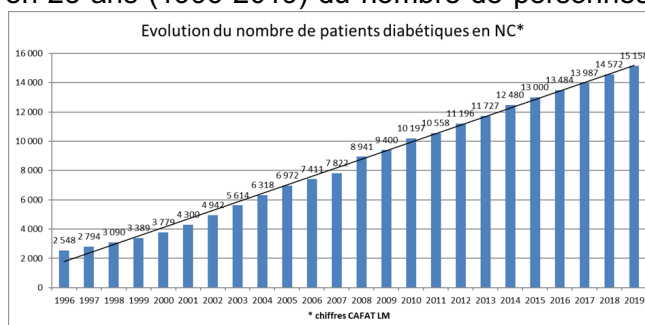


Figure 2 : Évolution du nombre de patients diabétiques en NC (6)

Ce graphique est à nuancer par deux points. Bien qu'il regroupe 75% des données, il ne représente l'évolution que des personnes diabétiques prises en charge par la CAFAT ou l'aide médicale de la Province Sud (151). D'autre part, en raison de l'aspect asymptomatique du DT2 pendant une dizaine d'années, de nombreuses personnes vivent actuellement dans l'ignorance de la maladie. La FID évoque un taux d'environ 70% de diabétiques non connus en NC (1).

4.1.3. Le dispositif de podologie « Prévention des amputations »

Dans une étude de 2005 liée au thème pieds de la journée mondiale du Diabète, le Docteur Dorey a objectivé 2 à 3 amputations de membres inférieurs réalisées par semaine chez les personnes diabétiques au niveau du CHT Gaston-Bourret et des 3 cliniques de Nouméa. La prévention des amputations est alors devenue une priorité en 2006 pour le comité de pilotage du programme Diabète qui s'est attelé à la création du dispositif de podologie « Prévention des amputations » (152).

Ainsi, pour atteindre l'objectif général d'intensifier la prise en charge podologique du pied diabétique, ce dispositif, gratuit et financé par l'ASS-NC, décline 3 actions reposant sur 4 stratégies de prévention préconisées par l'IWGDF et répondant au besoin de la population (*Annexe 13*) :

L'atelier d'éducation thérapeutique (en groupe) « Des pieds en bonne santé » à destination des personnes diabétiques du Grand-Nouméa s'effectue lors de la première semaine du stage Diabète du Centre d'Éducation (153,154). Un pédicure-podologue du syndicat des pédicures-podologues intervient le vendredi matin pendant 1 heure 30 minutes (155).

Le forfait de soins podologiques dans le Grand-Nouméa est financé par l'ASS-NC sur le modèle de la lettre-clé POD (inexistante en NC à ce jour par refus de la CAFAT) de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) (152). Prescrit par les médecins avec un ordonnancier spécialement créé (*Annexe 14*), il offre aux personnes diabétiques à haut risque podologique (grade 2 ou 3) une prise en charge sous la forme d'un forfait de 6 séances par an (un bilan et 5 séances de soins pour un coût maximum de 30 000 frs par patient par an) chez un pédicure-podologue conventionné (153).

Des vacances de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles sont également assurées par des pédicures-podologues du syndicat pour rééquilibrer l'offre de prévention podologique, aucun n'étant installé en dehors du Grand-Nouméa (153). Ils assurent une triple mission : ETP au pied diabétique, séances de soins et formation des professionnels de santé sur site.

4.2. Des particularités culturelles : le « melting-pot » calédonien

La NC se caractérise par sa société multiethnique. Mélanésiens (kanak), européens (de souche et expatriés), polynésiens (wallisiens, futuniens et tahitiens), principales communautés, et asiatiques vivent ensemble sur cette île du Pacifique (156). Autant de cultures se côtoient donc tous les jours.

4.2.1. Conception océanienne de la santé et de la maladie

La conception océanienne de la santé et de la maladie diffère de celle européenne. Aussi, il est impensable de se limiter « au seul regard de type européen » lorsque sont considérés la santé et le bien-être des calédoniens (157). La maladie étant vécue comme une punition (mauvais acte et/ou non-respect de coutume), la maladie chronique n'est que peu reconnue chez les kanak. Elle dure, ainsi, de 3 à 5 jours et disparaît lors du rétablissement de l'équilibre provisoirement disparu (29,151). Une explication de la mauvaise observance aux traitements des maladies chroniques apparaît ici (158). Deux autres points sont importants à considérer chez les océaniens (29,151) : la prise de conscience de la maladie effectuée lors de l'expression de symptômes et la place importante de la médecine traditionnelle (remèdes et guérisseurs usant de dons et produits naturels). Toutefois, chez les kanak, Christine Salomon, dans son ouvrage « Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks », a précisé un itinéraire thérapeutique différent selon 2 catégories de maladies (158,159) : les **maladies du docteur, importées, nouvelles** (« maladies des blancs ») pour lesquelles les kanak consultent directement les médecins occidentaux, considérés comme plus adaptés et les **maladies indigènes, autochtones ou d'autrefois** se déclinant en 3 sous-catégories (vraies maladies dues à la rupture d'équilibre entre l'Homme et la nature, maladies dues aux ancêtres et maladies intentionnellement provoquées). La catégorisation n'est pas fixe, un symptôme pouvant rentrer dans plusieurs classes.

4.2.2. Les pratiques alimentaires, un art de vivre

Des habitudes alimentaires distinctes caractérisent cette multiethnicité. Aussi, chez les polynésiens, « manger bien, c'est manger beaucoup », les corpulences fortes étant largement favorisées (160). L'état nutritionnel des participants à CALDIA a conclu à une prévalence de l'obésité variant selon l'ethnie (plus importante chez les polynésiens) (161). L'environnement exerce également un rôle prédominant, les prévalences étant plus élevées en milieu urbain ainsi que chez les européens de souches qu'expatriés, résultats affirmés par une étude de 2017 (162). Bien que la culture soit un facteur de risque important de l'obésité et du diabète, d'autres sont à considérer tels que l'urbanisation, l'offre alimentaire occidentalisée à l'origine de mutations des pratiques alimentaires et/ou de la composition des rations quotidiennes, l'absence d'activités physiques, la perception corporelle ou encore le niveau socio-économique, facteurs renforcés par l'occidentalisation des

modes de vie (29,160). Ils sont aussi en cause dans une obésité de plus en plus observée chez les enfants et adolescents (163–165).

4.3. Des particularités économiques, géographiques et populationnelles

La NC se partage en 3 provinces ayant une large autonomie d'administration : les Provinces Nord, des Îles Loyauté et Sud (avec la capitale Nouméa). Du fait de l'attractivité économique et sociale, la Province Sud notamment le Grand-Nouméa (Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta) concentre plus de 70% de la population (*Annexe 15*). L'offre de soins y est donc majoritairement regroupé. Ces constats sont à l'origine d'un « pays à 2 vitesses » avec une partie développée et une en développement (provinces Nord et Îles Loyauté) essentiellement rurale (29,151). D'autre part, des tensions sont observables entre les sociétés « moderne » et traditionnelle kanak avec ses règles coutumières, les jeunes kanak, en perte de repères, ayant du mal à s'intégrer économiquement et tombant dans divers vices (29,151). En outre, les cultures océaniques demeurent bien souvent incomprises par les européens d'expatriation récente. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont ainsi criantes, ce que les programmes de prévention et de promotion de la santé de l'ASS-NC essayent de réduire.



Figure 3 : Carte de la NC

4.4. Des particularités du système de santé calédonien

4.4.1. Le système de santé calédonien

Quelques particularités sont à connaître et à considérer par rapport aux institutions de santé (151) :

- De multiples institutions calédoniennes (CAFAT, ASS-NC, DASS, Direction Provinciale des Affaires Sanitaires et Sociales (DPASS) etc.) exercent un rôle dans le domaine de la santé. Un défaut de concertation et/ou de coordination sont parfois observés. D'autant plus que chaque Province est autonome en termes de santé.
- En dehors du Grand-Nouméa, notamment dans le Nord et les Îles, l'exercice libéral est très peu représenté au profit d'un système de santé public déployé via les CMS.
- Le système de couverture sociale se décline par une prise en charge majoritairement CAFAT ou par les aides médicales gratuites provinciales (prise en charge à 100% selon le revenu), chacune présentant une couverture Longue Maladie.

En termes d'offres et de services de santé, les professionnels de santé demeurent majoritairement européens et regroupés dans le Grand-Nouméa (151). Bien que les 3 provinces soient relativement couvertes en médecins généralistes et infirmiers, très peu de spécialistes et de paramédicaux sont installés en dehors du Grand-Nouméa. De plus, nombre de soignants étant des européens expatriés, ils ne sont pas toujours préparés à affronter les réalités calédoniennes telles que la conception océanique de la santé et de la maladie ou encore les conditions précaires d'exercice dans les CMS de l'intérieur et des îles causant un turn-over fréquent et freinant les actions de prévention et la qualité des soins et du suivi.

4.4.2. La politique de santé : le plan de santé Do Kamo

Le système de santé calédonien est efficient mais coûteux et amené à faire face à une augmentation des dépenses de santé de par la croissance démographique, le vieillissement de la population, l'explosion des maladies chroniques, le progrès de la médecine et l'élargissement de l'offre de soins (166). C'est le constat qui a amené le Gouvernement à tenir en 2015 des assises de la santé avec l'ensemble des acteurs du secteur et les citoyens-usagers pour un dialogue « océanisé » (166). Les grandes lignes du plan de santé Do Kamo, ainsi écrites, furent votées à l'unanimité au Congrès en mars 2016. En 2018, après sa rédaction, le Gouvernement, valida le plan de santé calédonien « Do Kamo, être épanoui » (2018/2028), l'objectif général étant la refonte du modèle social de santé en une décennie (166). Promouvant une approche holistique de la santé et non plus médico-centrée, ce plan, reposant sur 5 piliers, se décline en 3 axes, 7 objectifs stratégiques, 22 objectifs opérationnels et 86 actions pour améliorer l'état de santé et le bien-être des calédoniens (*Annexe 16*) (167,168). La promotion de la santé et la prévention acquièrent ainsi une place de choix.

5. Prévention du diabète (DT2) et de ses complications

5.1. Prévention du diabète

De par son importante expansion et ses nombreuses conséquences, la prévention du DT2 est un enjeu primordial de notre siècle. Pour cela, l'ensemble des DSS sont à considérer, l'approche médico-centrée seule (principalement axée sur l'individu) s'avérant peu efficace pour la prévention de l'obésité et du diabète, maladies de nos sociétés modernes et occidentalisées (169,170). Au-delà des différents facteurs liés au mode de vie, les facteurs génétiques et ethniques jouent un rôle déterminant, le gène d'épargne conduisant à l'obésité et à l'insulinorésistance dans un contexte d'occidentalisation (171,172). En outre, la littérature démontre que les caractéristiques environnementales peuvent influencer la prévention du DT2 (173). Ainsi, les 3 grandes catégories de DSS (proximaux, intermédiaires et distaux) exercent un rôle dans l'apparition du DT2. De ce fait, la connaissance des facteurs personnels (ethnie (culture, susceptibilité génétique (gène d'épargne dans les îles du Pacifique (172) etc.)), facteurs socio-économiques (revenu etc.), compétences personnelles et sociales, habitudes de vie et comportements, santé physique et mentale etc.), médicaux (offre sanitaire), sociaux, environnementaux (environnement bâti (bruit, pollution atmosphérique, espace vert, marchabilité, activité physique etc.), alimentaire, familial, professionnel, scolaire etc.) culturels, économiques et politiques est essentielle pour permettre sa prévention (*Annexe 17*) (174,175). L'urbanisation et l'acculturation (occidentalisation rapide ou coca-colonisation), sont 2 phénomènes inéluctables de cette épidémie, le premier favorisant les environnements obésogènes et le deuxième des changements de modes de vie souvent délétères (174). Des groupes vulnérables apparaissent alors face à ce risque de DT2 (145) : les migrants, les groupes ethniques minoritaires, les autochtones (les conditions environnementales ayant un impact hétérogène selon les groupes ethniques (171)) ou encore les personnes à faible niveau socio-économique et éducatif. Cette acculturation peut être due à une migration ou une modernisation rapide d'un territoire natal colonisé. La colonisation est ainsi un déterminant distal dans l'état de santé et de bien-être des peuples indigènes (176). Enfin, un diagnostic de pré-diabète peut entraîner une augmentation de la motivation de changements de comportements mais aussi provoquer une anxiété face à une maladie ne se déclenchant jamais (177,178). De ce fait, une approche socio-écologique considérant les facteurs personnels, modifiant les environnements et permettant l'adoption de comportements et de mode de vie sains et par conséquent une promotion de la santé et une prévention des maladies, semble la plus prometteuse pour progresser dans la lutte contre cette épidémie.

5.2. Gestion et prévention des complications du diabète

Bien qu'exigeante, cette maladie chronique peut être contrôlée pour éviter son aggravation et l'apparition des complications tant redoutées. Tout comme pour sa prévention, sa gestion a longtemps connu un focus sur son seul aspect médical, s'appuyant sur la responsabilité individuelle. Or, dans le but de réduire les disparités en matière de soins de santé, il est important de considérer les DSS dans les programmes de traitement et de prévention des complications du DT2 et ce, notamment de par des populations culturellement différentes (179). En effet, il existe des preuves solides quant à l'impact des DSS sur la prévention du DT2 mais aussi sur sa gestion en termes de santé et de bien-être (180–190) : les facteurs personnels (représentations de la maladie, comorbidités, facteurs psychosociaux (auto-efficacité, stress ressenti, soutien social etc.), socio-économiques, ethniques etc.), environnementaux, culturels ou encore politiques étant associés à l'autogestion du diabète, la qualité de vie et le contrôle glycémique. La littérature en santé doit aussi être explorée, ce médiateur reposant sur 3 pôles (gestion du diabète, réseau social et savoirs en santé) constitutifs de la gestion ordinaire du DT2 (191,192). Les interventions les plus prometteuses s'inscrivent alors dans le contexte social et culturel, en abordant les DSS, en adoptant une approche de recherche participative basée sur la communauté et en utilisant ses membres (pairs éducateurs, agents de santé communautaires etc.) (193,194). Le passé de colonisation doit également être

considéré chez les populations indigènes pour lesquelles les recherches interventionnelles sont à développer (195,196).

6. Orientation du mémoire

6.1. Problématique et objectif général

Suite à cette revue documentaire, à des entretiens informels avec des professionnels de santé (maitre de stage, collègues etc.) et à mon constat de terrain du départ en lien avec ma mission de stage, j'ai décidé d'orienter mon mémoire sur la problématique suivante :

Pourquoi le nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC ne diminue-t-il pas malgré la mise en place du dispositif de podologie « Prévention des amputations » depuis 2008 ?

L'objectif général du mémoire est ainsi de **comprendre la non-diminution du nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC malgré la mise en place du dispositif de podologie « Prévention des amputations » depuis 2008.**

6.2. Objectifs spécifiques

Dans le but de répondre à ma problématique et donc à mon objectif général, ce dernier se décline en 4 objectifs spécifiques qui ont été affinés après le premier workshop d'avril :

- Objectif 1 : Identifier les déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications.
- Objectif 2 : Connaître la sensibilité des professionnels de santé à l'égard du pied diabétique et son risque podologique.
- Objectif 3 : Connaître les modalités d'intervention des actions réalisées par les pédicures-podologues au sein du dispositif de podologie « Prévention des amputations ».
- Objectif 4 : Proposer des pistes d'amélioration pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques selon une approche de promotion de la santé.

Il est essentiel de ne pas oublier qu'avant l'amputation des membres inférieurs, se trouve plus globalement la maladie chronique qu'est le diabète. Il est alors important d'identifier les déterminants l'influençant ainsi que ses complications. Il est ainsi entendu que nous nous centrons sur le DT2. La revue documentaire a démontré une prise en charge du pied diabétique disparate par les professionnels de santé. Ce point est donc à interroger en NC. En outre, cette non-diminution s'observe alors qu'un dispositif de podologie est déployé. Il convient de connaître les modalités d'interventions de ses actions. Au final, ces objectifs doivent aider à la proposition de pistes d'amélioration (préconisations) pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC.

6.3. Lien entre stage et mémoire

Ce sujet de mémoire ayant été choisi en lien avec ma mission de stage, certains outils (guides d'entretien et grilles d'observation) que j'ai construit, en m'appuyant sur la revue documentaire effectuée et des entretiens informels, ont été utilisés dans ce double cadre. En outre, ils ont été affinés après relecture par mon maitre de stage et une de mes collègues du Centre d'Éducation. Après avoir étudié les documents théoriques, observé les actions du dispositif et conduit les entretiens semi-directifs, j'ai entrepris l'analyse de l'ensemble des données recueillies, qui m'a permis d'exposer les résultats et la discussion présentés dans ce mémoire. Celle-ci a été présentée à mon maitre de stage pour un regard extérieur. J'ai ainsi contribué à l'ensemble des choix de ce mémoire et de l'enquête menée tout en étant épaulée par mon maitre de stage principalement.

7. Méthodologie de l'enquête

7.1. Cadre de l'enquête

Afin de construire l'enquête de terrain, une étape préliminaire fut dédiée à la réalisation d'une revue documentaire sur le diabète et le pied diabétique sur les bases de données classiques consacrées aux sciences médicales et sociales ainsi que sur les sites de structures sanitaires et sociales. Cet exercice littéraire a ainsi permis de définir les populations d'études et les méthodes qualitatives appropriées au recueil des données souhaitées (données qualitatives). La construction des guides d'entretien et des grilles d'observation s'était également appuyée sur cette revue. D'autre part, elle a été primordiale pour l'analyse critique des résultats et pour l'élaboration des préconisations.

7.2. Population de l'enquête

Cette étude présentait 2 types de populations cibles : les personnes diabétiques de type 2 et les professionnels de santé (professionnels de santé médicaux et principaux acteurs du dispositif de podologie). Les populations sources ont été sélectionnées dans les bases de données du Centre d'Éducation. L'enquête avait donc 2 grandes catégories d'enquêtés divisées en sous-catégories.

7.2.1. Échantillonnage et sélection des personnes diabétiques

Parmi cette catégorie, se distinguait les personnes diabétiques amputées ou non. Le critère d'inclusion était de présenter un DT2. Il était souhaité d'en interviewer au moins 2 voire 3 d'ethnies différentes dans le but de représenter le melting-pot calédonien et ce, pour étudier les déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications (notamment le pied diabétique) en NC.

Les **personnes diabétiques non amputées** ont été recrutées au Centre d'Éducation. Des appels téléphoniques avaient été entrepris au début. Suite à des refus consécutifs, il a été décidé de demander de vive voix aux personnes diabétiques en stage au Centre sur la période de mi-mai à début juin. 20 personnes ont été sollicitées, 6 ont accepté de participer. Les **personnes diabétiques amputées** ont, quant à elles, été recrutées par l'intermédiaire de 2 pédicures-podologues participant au dispositif de podologie. Parmi les 3 contacts fournis, une seule a accepté d'être interviewée. Au total, sur 23 personnes diabétiques sollicitées, 7 (dont une amputée) ont accepté de participer.

7.2.2. Échantillonnage et sélection des professionnels de santé

Parmi la catégorie d'enquêté des professionnels de santé, 3 sous-catégories ont été définies dans le but de répondre aux différents objectifs spécifiques. Ainsi, il a été choisi d'interviewer via la méthode de l'entretien semi-directif des pédicures-podologues, le médecin pilote du programme Diabète et des professionnels de santé médicaux.

- **Les pédicures-podologues :**

La connaissance des modalités d'intervention des actions du dispositif de podologie nécessitait d'interviewer ses principaux acteurs. Il était souhaité d'en interroger au moins 2 voire 3. Ainsi, sur les conseils de la coordinatrice réseau du Centre d'Éducation, 4 pédicures-podologues du dispositif ont été sollicités par e-mail début mai. Au final, 3 ont été interviewés sur le mois de mai.

- **Le médecin pilote du programme Diabète :**

Le programme Diabète étant conduit par le médecin pilote, il était important de l'interviewer dans le but de répondre aux objectifs ciblant les déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications ainsi que les modalités d'intervention des actions du dispositif de podologie. Présent au Centre, la demande d'entretien a eu lieu de vive voix début mai, pour une réalisation début juin.

- **Les professionnels de santé médicaux :**

Outre les propos des personnes diabétiques permettant l'identification des déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications, le regard des professionnels de santé était essentiel à recueillir. D'autre part, le pied diabétique, nécessitant une gestion médicale, demandait d'y étudier leur sensibilité. Pour se faire, il a été décidé de solliciter différents types de professionnels de santé médicaux, premier relais au contact des personnes diabétiques : les médecins généralistes, les diabétologues, les professionnels de santé des CMS de l'intérieur et des îles (médecins généralistes et/ou infirmiers référents diabète (présents dans de nombreux CMS)) et les

infirmières d'éducation thérapeutique du Centre d'Éducation. Il était souhaité d'en interviewer au moins un de chaque catégorie. La demande d'entretien a été faite par e-mail début mai aux diabétologues, médecins généralistes et professionnels de santé des CMS de l'intérieur et des îles. Les 4 diabétologues répertoriés sur le territoire ont été sollicités. Un seul retour a été positif (un négatif et 2 non-retours). Quant aux médecins généralistes, 7 médecins du Grand-Nouméa (exercice libéral et salariat) ont été sollicités sur les conseils de la coordinatrice réseau du Centre d'Éducation. Seuls 2 médecins ont répondu et ce, positivement. En dehors du Grand-Nouméa, l'exercice libéral des médecins généralistes était très peu répondu au profit de celle en CMS, la population étant principalement à l'aide médicale. L'ensemble des CMS de l'intérieur et des îles (au nombre de 27) ont été contactés. Un seul médecin d'un CMS de l'intérieur en Province Sud a répondu et ce, positivement. Enfin, les 2 infirmières d'éducation thérapeutique étant au Centre, la demande s'est faite de vive voix et a été acceptée par l'une d'elles. Au final, 5 entretiens ont eu lieu entre mi-mai et début juin avec une infirmière du Centre d'Éducation, un médecin généraliste de CMS de l'intérieur, 2 médecins généralistes du Grand-Nouméa et un diabétologue.

7.3. Méthodes qualitatives sélectionnées et mises en œuvre

Dans le cadre de cette enquête, les méthodes qualitatives sélectionnées ont été l'entretien semi-directif, l'observation directe et l'étude de documents. Elles ont été jugées comme les plus adéquates au vu du sujet et de ses objectifs. En effet, l'entretien semi-directif permettait de recueillir des représentations et expériences des personnes diabétiques et des professionnels de santé à l'égard du diabète, sa gestion et du pied diabétique dans le but de comprendre pourquoi l'incidence des amputations ne diminuait pas. Enfin, la compréhension du dispositif de podologie demandait à la fois de prendre connaissance des documents relatifs à son fonctionnement, d'interviewer ses principaux acteurs et d'observer ses actions dans leur réalité de terrain.

7.3.1. Entretien semi-directif

Parmi les 3 principaux types d'entretiens (libre, semi et non-directif), le choix s'était porté sur le semi-directif. Cette méthode qualitative présentait l'intérêt de recueillir des informations de natures diverses (faits, opinions, représentations, réflexions etc.) des personnes tout en centrant leur discours autour de thématiques définies en amont par l'enquêteur dans un guide d'entretien (197). Contrairement à l'entretien directif, il offrait une ouverture de discours par l'utilisation, non pas de questions fermées, mais d'une question initiale et de relances selon les thèmes à évoquer (198). L'enquête était alors libre de développer et d'orienter ses propos selon le thème à sa convenance.

7.3.2. Observation directe

Parmi les différents types d'observations recensés (directe, indirecte, participante ou non etc.), l'observation directe a été celle retenue. Se rapportant à ce qu'un professionnel avait véritablement observé à un moment T dans une réalité contextualisée, elle permettait de cerner les pratiques au plus proche de la réalité (199,200). Ainsi, une certaine authenticité des comportements pouvait être notée au contraire de rapports de paroles et/ou d'écrits. Chaque action a donc été observée de façon directe avec une position d'observateur à découvert permettant de donner une légitimité à la présence d'un tiers aux séances de soins et à l'atelier (200). Toutefois, une possible modification des comportements était à considérer du fait de la présence d'un observateur connu.

7.3.3. Étude de documents

Dans l'objectif de connaître les modalités d'intervention des actions déployées par le dispositif de podologie, il a été essentiel d'obtenir les documents fondateurs et les bilans d'activités de ce dispositif. Les documents fondateurs présentaient l'état des lieux ayant abouti à la création du dispositif ainsi que le cahier des charges établi initialement pour chaque action.

7.4. Collecte et gestion des données

7.4.1. Collecte des données relatives aux entretiens semi-directifs

Élaboration des guides d'entretien : 4 guides d'entretien ont été élaborés en s'appuyant sur la revue documentaire préalablement effectuée ayant permis de dégager les concepts principaux (*Annexes 18 à 21*). Ces derniers ont été appréhendés sous forme de thèmes à aborder dans les

guides. Il était ainsi recensé un guide d'entretien à destination des personnes diabétiques (7 thèmes), un pour les pédicures-podologues (6 thèmes), un pour le médecin pilote (9 thèmes) et un pour les professionnels de santé médicaux (5 thèmes). Des thèmes étaient parfois similaires entre certaines sous-catégories d'enquêtes des professionnels de santé.

Réalisation des entretiens : 16 entretiens ont été réalisés sur la période de mi-mai à début juin 2020 : 7 avec les personnes diabétiques (dont une amputée), 3 avec les pédicures-podologues, un avec le médecin pilote et 5 avec les professionnels de santé médicaux. Ils ont eu lieu selon les possibilités (horaire et lieu) de chacun et ont tous été enregistrés via l'application dictaphone d'un téléphone après leur accord. Chaque enquête s'était vu attribuer un code anonyme afin de respecter l'anonymat annoncé.

Transcription et conservation des données : Les enregistrements ont été sauvegardés dans un ordinateur personnel pour effectuer la transcription sur le logiciel Word. Celle-ci a été effectuée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens pour étaler le travail. Les enquêtes ont été informés de la destruction des enregistrements une fois le mémoire fini, rendu et validé par l'université.

7.4.2. Collecte des données relatives aux observations directes

Élaboration des grilles d'observation : Dans le cadre des observations directes des actions du dispositif de podologie, 4 grilles d'observation ont été créées (*Annexes 22 à 24*) : une pour l'atelier d'éducation thérapeutique au Centre d'Éducation, une pour le forfait de soins podologiques et deux pour les vacations de podologie (une pour l'observation de la journée de vacation dans sa globalité et une pour l'observation des séances de soins au cours de la vacation).

Réalisation des observations : Du fait du confinement imposé par la situation sanitaire causée par le coronavirus, les observations n'ont pu être réalisées qu'en mai 2020 : le 15 mai pour les vacations de podologie, le 28 mai pour le forfait de soins podologiques et le 29 mai pour l'atelier d'éducation thérapeutique. Lors de ces observations, des prises de notes ont été réalisées via la grille d'observation correspondante afin de pouvoir restituer ce qui a été vu et entendu.

7.5. Analyse des données

7.5.1. Analyse des données relatives aux entretiens semi-directifs

Une fois les entretiens transcrits sur des documents Word distincts, une première lecture pour analyse horizontale et verticale a été effectuée. Celle-ci a permis de produire les 4 grilles d'analyse avec les thèmes abordés par les enquêtes (*Annexes 25 à 28*). À chaque thème fut associé un code correspondant. Puis, l'ensemble des verbatims des entretiens ont été codés. Lors de ce codage, des mots-clés avec des sous-catégories ont été repérés et définis pour les différents thèmes.

Une fois, le codage individuel de chaque entretien réalisé, un croisement des données a été effectué en rapport avec les thèmes, mots-clés et sous-catégories définis. Pour cela, un tableau récapitulatif a été produit pour les personnes diabétiques (*Annexe 29*). Pour les professionnels de santé, étant donné la présence de thèmes abordés parfois similaires entre les 3 sous-catégories d'enquêtes, plusieurs tableaux récapitulatifs ont été réalisés (un pour les 3 sous-catégories, 3 pour 2 sous-catégories (médecin pilote et pédicures-podologues, médecin pilote et professionnels de santé médicaux, pédicures-podologues et professionnels de santé médicaux) et 3 pour chaque sous-catégorie (pédicures-podologues, médecin pilote, professionnels de santé médicaux)) (*Annexes 30 à 36*). Les verbatims correspondants pour chaque thème, mot-clé et sous-catégorie ont été relevés dans ces tableaux et utilisés pour la synthèse des résultats (non présentés dans les tableaux ici). Dans un souci d'analyse, il a aussi été précisé le nombre de répondants pour chaque donnée.

7.5.2. Analyse des données relatives aux observations directes

Un rapport final a été rédigé pour chaque observation (*Annexes 37 à 39*), chacun présentant un résumé des notes prises en relation avec les différents critères préalablement définis dans les grilles d'observation. Les faits observés et entendus permettaient de comprendre, au mieux et au plus proche de la réalité, les modalités d'intervention des actions du dispositif de podologie, leur pertinence ainsi que leur acceptabilité par les personnes diabétiques.

8. Résultats

8.1. Profils des enquêtés

8.1.1. Profils des personnes diabétiques interviewées

7 personnes diabétiques ont accepté d'être interviewées dont une seule amputée (2 orteils du pied gauche (amputations mineures)). 6 ont effectué un stage au Centre d'Éducation en 2020 et une en 2000 (personne diabétique amputée). Les entretiens ont duré entre 59 et 117 minutes (moyenne de 84 (+/- 19) minutes). Leur profil détaillé a été répertorié dans un tableau en annexe (*Annexe 40*).

8.1.2. Profils des professionnels de santé interviewés

9 professionnels de santé ont été interviewés : 3 pédicures-podologues, le médecin pilote du programme Diabète et 5 professionnels de santé médicaux. Les entretiens ont duré entre 50 et 120 minutes (moyenne de 92 (+/- 25) minutes). Leur profil détaillé a été répertorié dans 3 tableaux en annexe (un pour chaque sous-catégorie) (*Annexe 41*).

Chaque interviewé a été rencontré selon ses disponibilités (entretien au Centre d'Éducation, à domicile, au sein du cabinet du professionnel ou par téléphone).

8.2. Résultats inhérents aux personnes diabétiques

8.2.1. Le Diabète

8.2.1.1. Dire le diabète et ses causes

Le diabète a été représenté par tous les enquêtés par un excès de sucre dans le corps. Une l'a évoqué comme la maladie des gros, une autre comme celle de tous les excès à l'origine d'un manque de respect du corps alors que 3 l'ont considéré comme la plus grave. La dangerosité du diabète était omniprésente, touchant la santé physique (100% des réponses), mentale (14,3%) et l'espérance de vie (42,9%). Une mise à distance de la dangerosité a été objectivée pour 2 enquêtés : « Si on est très diabétique et qu'on mange n'importe quoi, que l'on fait pas d'activité, qu'on est obèse morbide euh... Ce qui se passe, c'est que les yeux vont être très abimés parce que je pense que y a des gens qui deviennent aveugles avec ça. Euh... les dents, ça tue les reins et les gens deviennent dialysés. Et là, c'est un autre problème, votre vie professionnelle et sociale, vous pouvez faire une croix dessus. Et le cas extrême, c'est les amputations. » (D2, 55 ans, DT2 depuis 12 ans). Un petit diabète a été décrit par l'un d'entre eux selon ses taux de glycémie et d'HbA1c et la quantité de médicaments prescrits. L'ensemble des enquêtés ont appuyé sur l'aspect asymptomatique de la maladie et pour 4 d'entre eux, c'était une maladie à surveiller à tout instant.

Concernant les causes du diabète, les enquêtés ont évoqué des excès en termes de pratiques alimentaires (100%), le poids (surpoids/obésité à 71,4%), l'hérédité (57,1%), la non-pratique d'activités physiques et/ou sportives (42,9%), les chocs émotionnels/stress (42,9%) ainsi qu'un changement de mode de vie (exode rural à Nouméa) (14,3%) : « Ce qui est arrivé avec l'industrialisation et surtout quand on quitte la Brousse. Quand on est en Brousse, on a le manioc, les tarots, la viande de cerf, le poisson, les feuilles... Y a énormément de nourritures variées et pas chères. Tandis qu'à Nouméa, tu commences par quoi ? Les pâtes, le soyo, le maggi et puis toutes les saloperies inimaginables qui sont des condiments apportant un bien-être dans la bouche mais en réalité fait du mal au corps. [...] Et les légumes plus chers aussi donc on en mange moins. On a plus tendance aux sorbets, aux glaces Tout ça, c'est des trucs quand on est en Brousse, on a pas sous les yeux. Quand on voit et on sent, il y a rien de tel que de faire la connerie de manger. » (D6, 74 ans, DT2 depuis au moins 25 ans). Une enquêtée a émis une hypothèse religieuse, le diable obligeant à manger sucré : « Si on est dans la religion, on dirait c'est le diable qui fait ça. [...] Parce que c'est vrai tout ce qu'on mange, n'importe quoi. On évite mais ça nous dit toujours : « Eh mais bois, bois ! ». Quand on regarde une bouteille de tulem, on a toujours envie de boire jusqu'à qu'on peut plus. C'est le diable qui fait ça. » (D3, 53 ans, DT2 depuis 23 ans).

La prévention du diabète était impossible pour 3 enquêtés du fait de l'hérédité. Les 4 autres ont décrit la possibilité de le laisser en sommeil en connaissant leur fragilité héréditaire et en adoptant un mode de vie sain : « Et en prévenant que : « Vous avez le gène du diabète, faites attention ! ». Après, faut dire : « Faut pas vous inquiéter, il faut juste manger équilibré, bouger. Et après, ça y est, c'est comme-ci, il est en train de dormir dans votre corps. Seulement, il faut pas le réveiller. » » (D1, 33 ans, DT2 depuis 1 an).

8.2.1.2. La « personne diabétique »

Au premier abord, la personne diabétique était décrite comme un malade sans maladie, l'absence de symptômes étant principalement évoqué et empêchant d'en donner une définition pour 4 enquêtés. Pour 2 autres, c'était une personne stressée et obèse. Enfin, 2 enquêtés ayant connu des complications du diabète ont appuyé sur la souffrance et le handicap au quotidien.

8.2.1.3. Les modalités de découverte et les réactions à l'annonce

3 grands modes de découverte ont été évoqués : le mode attendu (57,1%) caractérisé par des prises de sang trimestriel chez des personnes en surpoids, l'inopiné (28,6%) représenté par des prises de sang avant une opération ou lors d'une dépression et le bruyant (14,3%), les symptômes n'ayant pas été mis en relation avec le diabète. Une fois découvert, 6 types de réactions concomitantes ou non ont été mises en évidence. 2 s'attendaient à recevoir ce diagnostic : « *Moi je savais... par rapport à l'hérédité, ma mère est diabétique. Et vu que j'ai pris du poids, je m'attendais à ça.* » (D7, 48 ans, DT2 depuis 2 ans). Se savoir à risque ou effectuer des prises de sang pour surveiller la glycémie n'empêchait pas, lors de l'annonce, pour 4 enquêtés, une incompréhension liée à l'alimentation (« *J'ai pas compris car j'avais entendu que c'était un problème de sucre. Et moi à l'époque, je mangeais pas de gâteaux, de chocolat.* » (D2, 55 ans, DT2 depuis 12 ans)) et au poids (« *Mais j'étais normal, fort comme mes cousins !* » (D1, 33 ans, DT2 depuis 1 an)). 3 ont expliqué avoir banalisé la maladie au début. 2 d'entre eux ainsi qu'un autre le cachaient à leur entourage familial et/ou social : « *C'est pas tout le monde qui le sait. Y a que ma petite famille et ma petite sœur. Mes parents le savent pas. [...] Et les collègues, non, ils sont pas au courant parce que j'ai une collègue qui parle beaucoup.* » (D7, 48 ans, DT2 depuis 2 ans). La peur et l'inquiétude suite à l'annonce ont été évoquées par 2 enquêtés ayant connu des diabétiques avec complications : « *C'est l'inquiétude ! Et ça me fait peur parce que quand j'étais petite, y avait une, parce que j'ai été éduquée chez les religieuses, une religieuse diabétique, elle s'est fait amputée de la jambe et elle en était morte.* » (D4, 64 ans, DT2 depuis 2 mois). Enfin, le diagnostic a été vécu comme une punition par un autre : « *Ce que j'ai ressenti quand on m'a dit, c'est... ça m'apprendra. Fallait écouter. On m'a prévenu toute ma jeunesse de faire attention. C'est le résultat... d'une grande bêtise.* » (D1, 33 ans, DT2 depuis 1 an).

8.2.1.4. La guérison attendue

4 enquêtés ont insisté sur une potentielle guérison par des locus internes et/ou externes. Pour les locus internes, l'usage des MHD a été présenté comme la manière de faire disparaître le diabète par 2 d'entre eux : « *À partir du moment où on nous informe : « Faites les 4 choses : le sport, le régime, la perte de kilos, rester zen et boire beaucoup d'eau ». Vous pouvez faire endormir le diabète, y a plus besoin de médicaments. Ça veut dire un retour à la vie normale.* » (D1, 33 ans, DT2 depuis 1 an). La pratique d'activités sportives a été soulignée : « *Pendant 5 ans là, je courais 6 fois par semaine et je faisais 2 fois du va'a. Je faisais 66 kg et mon diabète et mon hypertension ont disparu en fait. Et j'étais sur les glycémies de 3 mois à 5,8%. Ce qui veut dire que j'étais même pas diabétique, j'étais en dessous de 6%.* » (D2, 55 ans, DT2 depuis 12 ans). Les 4 enquêtés ont explicité des locus externes : les prières (50%), la famille (25%) et les découvertes scientifiques (25%).

8.2.2. Des impacts dans différents aspects de la vie

De nombreux impacts ont été explicités. Le diabète était vécu comme une maladie « épreuve » à l'origine d'une prise de conscience et d'une remise en cause ayant permis de retrouver le droit chemin pour 3 enquêtés : « *Ça a changé pas mal de choses parce que... pff, j'étais pas... J'étais parti dans l'alcool et le tout ça, et j'ai arrêté après.* » (D5, 78 ans, DT2 depuis au moins 20 ans). Il était aussi décrit par 4 enquêtés comme une maladie à pleinement accepter pour pouvoir avancer : « *Après, c'est avec le temps et les explications, on commence à assumer. Avant, on disait : « Non, c'est pas possible, parce que moi je mange beaucoup légumes. Je fais un peu de sport ». « Non, vous avez vraiment le diabète ». Ah oui, c'est vrai ! Accepter, puis aller, continuer avec.* » (D1, 33 ans, DT2 depuis 1 an). Une fois acceptée, un combat quotidien se mettait en place selon 3 enquêtés. Cette course de fond à la surveillance perpétuelle de la glycémie pouvait être vécu sous forme de jeu pour 2 d'entre eux : « *C'est que je suis un peu narguant. Tu vois, si je fais mon test parce que je fais 2 fois par jour mon test, le matin à jeun et l'après-midi, 2 heures après le repas. Si je vois que c'est haut, hop, je fais attention au sucre. Si je vois que c'est bas, je reprends un peu de sucre, j'ai pas atteint la limite ! Voilà, je joue un peu avec.* » (D5, 78 ans, DT2 depuis 1 an).

au moins 20 ans). L'état de santé était perçu différemment : 3 enquêtés ont expliqué être dans une période d'amélioration de par l'appropriation (ou réappropriation) des MHD (dont un précisant se sentir en bonne santé car il réalisait ses activités quotidiennes) et les 4 autres étaient dans une ambivalence, le diabète étant une épée de Damoclès les inquiétant, les stressant et les fatiguant au quotidien. Les complications étaient craintes par tous (perte de vue (28,6%), amputations (28,6%), AVC (14,3%), problèmes rénaux avec dialyse (14,3%) et hyper/hypoglycémies (14,3%)). Lorsque qu'elles étaient présentes, l'épreuve se déclinait par leur gestion pour 3 enquêtés.

Il a été objectivé 4 domaines de vie bouleversés. La **vie quotidienne** où 6 enquêtés ont décrit des changements de pratiques alimentaires (manger équilibré (50%), diminuer les sucreries (33,3%), étudier le taux de sucres dans les aliments (16,7%) ou s'investir dans l'agriculture (16,7%)), 4 des changements de pratiques sportives et 3 des changements de pratiques physiques (augmentation du temps de marche dans la journée). 2 enquêtés dans les conjoints étaient aussi diabétiques, ont précisé avoir imposé ces changements au niveau familial. Le diabète a amené 2 personnes à abandonner leurs loisirs par peur de l'hypoglycémie. Un enquêté a explicité des démarches administratives plus compliquées : « *Et après, j'étais un peu embêté parce que avec le diabète, les crédits ne marchaient plus. Je pouvais pas me racheter une voiture. Mes crédits, ils m'ont tourné un peu le dos.* » (D5, 78 ans, DT2 depuis au moins 20 ans). 3 enquêtés ont exposé des impacts dans **leurs relations sexuelles** (dyspareunie (une femme) et impuissance sexuelle (2 hommes)). Si l'impuissance était directement liée au diabète, la dyspareunie était plus questionnée. Au **niveau professionnel**, 3 enquêtés ont décidé de ne pas annoncer leur maladie par choix ou par peur de perdre leur travail. La peur de ne pas trouver de travail fut évoqué par un enquêté. Enfin, un autre provoquait des hyperglycémies volontaires pour ne pas connaître d'hypoglycémie au travail. Les **relations familiales et sociales** étaient fortement bouleversées : 3 enquêtés ont décrit une individualisation des pratiques alimentaires, les prescriptions diététiques étant refusées par la famille et 2 autres, une disparition de liens sociaux (absence d'invitations et perte d'amis). Au sein de ces relations, 2 enquêtés ont expliqué une envie de transmettre leurs savoirs et expériences de la maladie.

8.2.3. Gérer son diabète

8.2.3.1. Les traitements

Pour tous, l'itinéraire thérapeutique a commencé par le traitement médicamenteux accompagné par celui non-médicamenteux. 4 enquêtés avaient recours aux remèdes traditionnels.

Traitement médicamenteux : Les antidiabétiques oraux ont été pris immédiatement par 6 enquêtés. Un seul évoquait des oublis en lien avec son travail et la peur d'hypoglycémie. Un d'entre eux a dû passer sous antidiabétique injectable, longtemps refusé car vécu comme un échec de gestion. Seul un était passé sous insuline, acceptée une fois les prémices de complications annoncées (limite de la dialyse), étant associée à des contraintes supplémentaires. 2 enquêtés, diabétiques depuis plus de 10 ans, ont défini un traitement devenant lourd avec le temps et l'association de comorbidités. Les effets secondaires de la médication ont été soulignés par 2 autres (constipation et hypoglycémie). Pour 3 enquêtés, l'acceptabilité du traitement était principalement liée à la prise en charge à 100%. Le suivi médical a aussi été évoqué, le médecin généraliste et/ou le diabétologue étant les acteurs centraux. Pour l'assurer, le carnet de suivi LM (CAFAT) était important par 3 enquêtés et la carte A en LM (aide médicale) pour un autre. Le stage au Centre d'Éducation était également lié à ce suivi pour les 7 enquêtés. Enfin, la consultation de multiples spécialistes a été décrite par tous (cardiologue (71,4%), ophtalmologue (71,4%), dentiste (42,9%), diététicien (42,9%), angiologue (28,6%), urologue (28,6%) et néphrologue (28,6%)).

Traitement non-médicamenteux : 6 enquêtés ont insisté principalement sur l'adoption d'une alimentation équilibrée. 3 d'entre eux ont explicité la nécessité de connaître les aliments et leur quantité par l'aide d'une diététicienne, l'expérience et l'expérimentation (tester sa glycémie pré et postprandiale). Toutefois, 6 catégories d'obstacles ont été évoquées face à l'adoption des pratiques alimentaires saines. 4 enquêtés ont insisté sur une catégorie d'aliments interdits étant à l'origine de

frustration et/ou de colère. Pour 2 enquêtés, ces pratiques étaient en conflit avec celles culturelles. Avoir des pratiques alimentaires saines était compliqué sur Nouméa, pour un enquêté, de par le prix de la vie et la non-possibilité de cultiver : « Ici (Nouméa), y a plein de magasins. Et si on a faim, on prend des trucs qui sont pas bons et si on a soif, on prend des boissons gazeuses. Moi, c'est le matin, je prends talem avec un nem et du pain et je mets le nem dedans. [...] Parce que c'est bon si on est à Maré, on plante mais là je peux pas planter, je suis en appartement. Faut aller acheter aux magasins. Le nem, c'est moins cher mais seulement, c'est moins bon pour le diabète. Et les légumes, c'est cher. Mais c'est plus bon. » (D3, 54 ans, DT2 depuis 23 ans). 3 enquêtés se sentaient obligés de manger pour ne pas vexer ou ne pas gaspiller. L'un d'entre eux mettait en place une stratégie alimentaire pour manger le repas offert : « Si dans une semaine je suis invité à manger chez quelqu'un, je vais prendre mes précautions avant. Je vais beaucoup moins manger pour que mon diabète soit bas, aux alentours de 80/90/100 pour être sûr de faire plaisir aux gens chez qui je vais, de bien manger chez eux et de pas tomber en hyper. Et même si je suis en hyper, ça sera que temporaire. » (D6, 74 ans, DT2 depuis au moins 25 ans). Un enquêté a évoqué un manque de temps pour cuisiner correctement (horaires de travail). Enfin, les comorbidités associées compliquaient le régime alimentaire pour un autre. En termes d'activités physiques, le sport, immédiatement évoqué par un enquêté, était son médicament et permettait de réguler ses repas. 3 autres expliquaient également une intention ou un investissement concret dans les 2 ans suivant le diagnostic. Enfin, 3 participants ont expliqué pratiquer une marche plus régulière dans la journée. Toutefois, 3 principaux obstacles ont été décrits pour cette pratique : la présence de comorbidités pour 2 enquêtés, la peur de complications pour un enquêté et l'insécurité civile pour un autre, ces 2 derniers ayant abouti à un arrêt de sport. Pour 3 enquêtés, la gestion des émotions était primordiale, le stress et/ou la colère étant incriminés dans le déséquilibre du diabète.

L'efficacité de ces traitements a été objectivée par 4 enquêtés par l'ASG et pour 6, par l'HbA1c, essentielles pour les comparer aux objectifs attendus, définir l'état du diabète et ajuster les pratiques alimentaires. Si l'ASG était majoritairement bien vécue, elle était vectrice de stress au quotidien pour une enquêtée. Un seul la couplait à un carnet de surveillance. D'autre part, la gestion du diabète était vécue par 4 personnes sous l'angle de la responsabilité individuelle, dépendant de leurs propres choix et/ou de leur volonté personnelle. À l'aune de ces traitements, la prévention des complications était possible pour 6 enquêtés : 3 mettaient en avant cet ensemble tandis que les 3 autres se concentraient sur le seul traitement non-médicamenteux. À contrario, ces complications étaient une fatalité inévitable pour la personne amputée.

La **médecine traditionnelle** n'a jamais été évoquée spontanément. Une fois questionnée, 4 enquêtés ont expliqué user de remèdes traditionnels (feuilles et/ou racines à boire ou à appliquer sur le corps) : pour 3, il s'agissait de plantes pour « purger » (seul l'aloë vera fut nommé par une enquêtée) alors que le dernier les a évoqué comme remèdes contre le diabète (lianes cayenne, herbes à balai, pissenlits et choux kanak). Tous mentionnaient la nécessité de les allier aux traitements occidentaux. Aucun n'a eu recours au guérisseur. Son efficacité n'était pas reconnue dans le diabète, la maladie n'étant pas donnée par quelqu'un.

8.2.3.2. *Savoirs en santé*

4 enquêtés ont exprimé le besoin de posséder des connaissances sur la maladie (origine, gestion et outils d'aide), un ayant insisté sur une réactualisation nécessaire en raison de la chronicité de la maladie. Selon les 7 enquêtés, cet accès aux savoirs était rendu possible par plusieurs sources : les professionnels de santé (Centre d'Éducation (100%) et autres professionnels de santé (71,4%)), les médias (internet et télévision à 71,4%), l'expérience (57,1%), l'observation et/ou l'échange avec des personnes diabétiques (42,9%), l'expérimentation (14,3%) et la famille (14,3%). Les connaissances s'orientaient essentiellement sur les MHD et les terminaisons finales du diabète. Seul un enquêté a évoqué le processus causant les complications.

8.2.3.3. *Réseau social*

Les discours ont dessiné 2 tendances en termes de soutien familial et social, débutant avec les réactions de l'entourage à l'annonce du diabète. Pour 3 enquêtés, une partie de l'entourage a

banalisé la maladie, l'un d'eux et 2 autres mentionnaient un entourage inquiet. Selon un enquêté (différent à chaque fois), la famille s'attendait à cette maladie ou l'avait décrit comme une contrainte pour la personne et son entourage ou encore s'était détournée de la personne. Enfin, selon 5 enquêtés, leur entourage a cherché à leur apporter un soutien, celui-ci se déclinant en 5 formes : une surveillance par la famille et les amis (83,3%) (« *Ils disent : « T'as mangé légumes ? ». C'est genre de police de tous les jours. Ou à chaque moment qu'ils me voient, c'est : « Eh attention pas de sucres ! Oublie pas. Il est là, le diabète. Supprimer, faire du sport, sortir. » » (D1, 33 ans, DT2 depuis 1 an)*), un engagement des proches pour les aider à changer leur comportement alimentaire et/ou physique (aide à la préparation des repas, apport de légumes et/ou faire du sport avec la personne (33,3%)), l'échange avec des personnes diabétiques (33,3%), la distribution de conseils variés (16,7%) et l'usage de la provocation (16,7%). 5 enquêtés ont décrit un défaut de soutien, des liens sociaux ayant disparu pour 2 d'entre eux : « *Y en a, ils m'ont tourné le dos. Parce que je pouvais plus comme avant aller à la pêche, à la chasse, tout ça, avec eux. Ils m'ont abandonné avec cette maladie. « Tu as ça, tu te démerdes. » » (D5, 78 ans, DT2 depuis au moins 20 ans)*. Ou des relations familiales étaient devenues tendues en termes de pratiques alimentaires pour 4 enquêtés : « *Je comprends maintenant, je vois qu'on mange mal. Moi, j'ai dit à mon mari, faut faire attention. Mais lui, il me dit : « Moi je suis pas malade, c'est toi qui est malade ».* » (D3, 53 ans, DT2 depuis 23 ans). Les relations avec les professionnels de santé ont aussi été abordées. Pour 3 enquêtés, l'accessibilité a permis d'instaurer une relation basée sur la confiance et l'échange avec l'ensemble des soignants. Parmi eux, 2 ont souligné une distance ou un manque de temps avec certains spécialistes. Pour 2 autres, les soignants étaient perçus comme des indicateurs de leur gestion. Quant au médecin généraliste, la relation était conflictuelle pour une enquêtée considérant un manque d'investissement de ce dernier et inexistante pour un autre ne le consultant plus pour le diabète. Pour ces 2 enquêtés, les autres professionnels étant peu consultés, une relation « classique » était décrite. Les diabétologues n'étaient consultés que par 2 enquêtés : l'un a insisté sur l'accessibilité, la confiance et l'échange alors que l'autre a évoqué un manque de temps, d'échange et d'écoute en termes de MHD. 6 enquêtés ont décrit un Centre d'Éducation à l'écoute et « guide » pour la gestion du diabète.

8.2.4. Le pied diabétique au sein du diabète

8.2.4.1. Les connaissances

Tous les enquêtés ont immédiatement parlé de l'amputation (terminaison finale). 6 d'entre eux ont évoqué au moins une des pathologies podologiques (sans jamais les nommer) à l'origine d'une possible amputation : les 6 ont décrit la difficulté de cicatrisation des blessures et/ou la gangrène (AOMI), 5 ont expliqué la possibilité d'infection et 3, l'atteinte des nerfs par le diabète (ND). D'autres facteurs de risque ont été évoqués par 4 enquêtés : les microtraumatismes externes et internes (75%) et le déséquilibre glycémique (25%). Un enquêté a souligné la rapidité de la progression des blessures tandis que 2 autres ont insisté sur le risque fréquent de ré-amputation : « *En fait, c'est comme si elle rongerait... J'ai le beau-père de mon cousin, il s'est fait amputé carrément jusqu'en haut. Il s'est fait couper une partie et après, ça y est, c'était parti. Et, ça monte, ça monte. Ça paraît inévitable. » (D7, 48 ans, DT2 depuis 2 ans)*. En termes d'accès à ces savoirs, 5 sources ont été dépeintes par les 7 enquêtés : le Centre d'Éducation (85,7%), le médecin généraliste et/ou le diabétologue (57,1%), l'observation de personnes diabétiques amputées (42,9%), l'expérience de plaie et/ou d'amputation (28,6%) et la famille (14,3%).

8.2.4.2. Protection et prévention des pieds

Les moyens de prévention des pieds connus par les 7 enquêtés étaient : un chaussage correct (57,1%), crémér et masser les pieds (57,1%), l'activité physique (28,6%), la coupe des ongles (28,6%), le lavage et séchage des pieds (28,6%), l'inspection des pieds (28,6%), éviter les blessures (28,6%) et le pédicure-podologue (14,3%). Leur connaissance n'entraînait pas nécessairement leur utilisation et les éléments utilisés n'étaient parfois pas assimilés à des moyens de prévention. Les moyens de prévention des pieds utilisés étaient : un chaussage correct (100%), l'inspection des pieds (57,1%), le lavage des pieds (57,1%), crémér et masser les pieds (42,9%), crémér et masser

les pieds (28,6%), la coupe des ongles (28,6%), éviter toute blessure (14,3%), l'activité physique (14,3%) et le pédicure-podologue (14,3%). Concernant le chaussage, il n'était pas évoqué spontanément mais une fois questionné, il était présent pour tous. Toutefois, la marche pieds nus était évitée par 4 enquêtés, non à cause du diabète mais à cause de pieds devenus fragiles suite au port constant de chaussures. Seul le diabétique amputé consultait un pédicure-podologue sur orientation de son diabétologue. Les autres enquêtés n'en éprouvaient ni l'intérêt, ni le besoin pour 5 d'entre eux et une ne savait pas comment prendre rendez-vous. Concernant la connaissance de ces moyens, 5 participants ont parlé de l'atelier du Centre d'Éducation, 2 ont exposé en avoir eu par leurs médecins en présence de soucis podologiques. Une enquêtée n'a jamais eu de conseils. Aucun des enquêtés ne connaissait le dispositif de podologie de l'ASS-NC ; 6 l'ont trouvé intéressant une fois expliqué et 2 ont déploré son manque de visibilité.

Pour l'autogestion des pieds, 6 leviers de motivation ont été mis en évidence par 3 enquêtés : l'aide par la famille et/ou un infirmier à domicile (33,3%), la mise en place de système D (utiliser un miroir pour examiner sous les pieds) (33,3%), éviter l'amputation (33,3%), éviter les douleurs (33,3%) et pouvoir faire du sport (33,3%). Il a été détaillé 4 freins à la prévention des amputations par 5 enquêtés : une difficulté de se baisser (60%), un manque d'intérêt perçu (60%), une honte de montrer ses pieds (20%) et le non-port des chaussures orthopédiques le soir dans la maison (20%). En cas de blessures, l'itinéraire thérapeutique des enquêtés se caractérisait par des soins personnels suivis par ceux médicaux si besoin. Seuls 3 usaient de remèdes traditionnels (un métisse, un kanak et un calédonien). Un enquêté ne savait pas ce qu'il fallait faire.

8.2.4.3. Examen du pied diabétique

Selon 4 enquêtés (DT2 depuis 2 mois à 23 ans), aucun examen de leurs pieds n'a été effectué par leur médecin généraliste. Parmi ces derniers, un enquêté a précisé un seul examen fait par son diabétologue en 12 ans de diabète tandis que les pouls étaient tâtés par le cardiologue. Un autre a expliqué n'avoir eu qu'un seul examen des pieds en 2 ans de diabète. Un diabétique depuis au moins 25 ans déclarait avoir toujours eu un examen annuel des pieds par son médecin généraliste. Enfin, de par ses antécédents podologiques, les pieds de la personne amputée étaient examinés régulièrement par le médecin généraliste et le diabétologue. Parmi eux, 3 ont souligné avoir eu le test du monofilament au Centre. Aucun ne connaissait le terme de risque podologique et leur grade.

8.2.4.4. Expérience de plaie(s) et/ou d'amputation(s)

Parmi les 7 enquêtés, 3 (D2, D3 et D5) ont fait ou faisaient encore l'expérience d'une ou de plusieurs plaies. Les causes de plaies ont été un chaussage inadéquat causant une ampoule au niveau du talon (2018) et une absence de séchage entre les doigts de pieds créant des mycoses (2019) pour D2, un traumatisme externe (marcher sur une lame de rasoir dans la maison (2015)) pour D3 et des soins infirmiers inadéquats (2 ampoules percées à 2 doigts de pieds gauche (2019)), un ongle incarné et un traumatisme externe dû à un chaussage inadéquat (marcher sur une vis avec des claquettes (2020)) pour D5. Les démarches de soins s'articulaient entre des soins personnels (désinfection et pansements), médicaux (consultation du médecin et soins infirmiers), des remèdes traditionnels (D3) et des soins hospitaliers (D5). Seuls 2 participants ont explicité le vécu de ces plaies (D2 et D5). Pour D2, l'ampoule fut banalisée puis, une fois aggravée et nécessitant des soins infirmiers, une gêne était décrite (impossibilité de port de chaussures fermées). L'enquêté a également insisté sur la rapidité de progression de la plaie. Pour D5, les ampoules ont été également banalisées même lors des soins infirmiers inadéquats et douloureux. Concernant les amputations auxquelles ces ampoules ont abouti, l'acte chirurgical a été banalisé, D7 ayant juste été étonné de la façon dont les orteils ont été coupés. Malgré les amputations, les claquettes ont été portées et ont provoqué le traumatisme externe avec la vis encore en cours. Aujourd'hui, une attention accrue est accordée aux pieds de peur de nouvelles récurrences pour les 2 enquêtés et les chaussures orthopédiques portées en permanence sauf le soir dans la maison par celui amputé.

8.2.5. Les pistes de réflexion soulevées

Pour améliorer la prévention des amputations, 3 grandes pistes de réflexion ont été proposées :

Éducation, communication et sensibilisation au diabète et à ses complications : 6 enquêtés s'étaient déclarés positifs à la mise en place et au déploiement d'une campagne de communication sur le « bien vivre avec son diabète », celle-ci pouvant offrir des informations pour le plus grand nombre (83,3%) et permettre de soutenir au mieux les personnes diabétiques au quotidien (16,7%). Il était nécessaire de déployer des interventions d'éducation (type « aller vers ») dans des maisons de quartier ou encore en tribu pour 4 personnes. L'une d'elles avait précisé le besoin d'adapter localement les interventions à la population calédonienne (usage d'images et d'expressions locales) et à son niveau de compréhension. Cet enquêteur avait aussi proposé de développer une éducation sanitaire sur les thèmes de l'alimentation et de l'hygiène dès l'enfance.

ASG en continu : Un enquêteur a émis le besoin d'améliorer l'ASG au quotidien. L'utilisation des nouveaux dispositifs de surveillance en continu a été plébiscitée pour faciliter l'autogestion du diabète.

Actions au niveau du système de santé : 5 propositions ont été soulevées. Pour 6 enquêtés, le dispositif ASALEE était acceptable, celui-ci permettant d'améliorer le suivi (50%) et l'écoute (33,3%) du patient ainsi que d'obtenir des informations plus précises (16,7%). 2 ont explicité le besoin urgent d'augmenter la visibilité du Centre d'Éducation et d'y orienter les personnes diabétiques : « *Il faut des affiches, à la télé pour dire... parce que tout le monde ne connaît pas cette formation. C'est le médecin traitant qui le... mais dès fois, il passe pas. Moi, j'étais diabétique avant mon mari et c'est suite à la consultation avec mon mari. Et il m'a demandé si j'avais fait cette formation. J'ai dit : « Non. Ma mère m'en a parlé. Et c'était très bien ». Donc, il m'a inscrit. Mais c'est pas systématique.* » (D7, 48 ans, DT2 depuis 2 ans). Pour un enquêteur, il était primordial de doubler le nombre de diabétologues sur le territoire ainsi que de former les professionnels de santé des CMS à la diabétologie. Enfin, 2 personnes ont souligné l'importance de la réalisation de l'ETP au pied diabétique par les médecins généralistes et/ou les diabétologues.

8.3. Résultats inhérents aux professionnels de santé

L'exercice en NC a été motivée pour des raisons professionnelles (33,3%) (pathologies d'Outre-Mer ou diversité d'exercice) et/ou personnelles (77,8%) (pays natal, qualité de vie ou vie de couple).

8.3.1. La prévention et la gestion du diabète

Les résultats de cette partie portaient sur les propos des professionnels de santé médicaux et du médecin pilote (6 personnes).

8.3.1.1. De nombreux DSS impliqués dans le diabète et ses complications

Il a été évoqué 7 déterminants proximaux :

L'origine ethnique (100%) au travers du gène d'épargne chez les polynésiens : « *On ne naît pas à égalité vis-à-vis de l'obésité et du diabète. Les polynésiens qui vivent en NC sont porteurs de ce qu'on appelle le gène d'épargne. Ils stockent plus facilement des graisses et sont plus sensibles à l'obésité et au DT2. [...] Ils sont génétiquement programmés pour être gros en période d'abondance.* » (MP, 51 ans). Les cultures locales avec la conception océanienne de la santé et de la maladie ont été soulignées. Un corps corpulent est plébiscité en Océanie et non vécu comme de l'obésité : « *L'approche culturelle, l'image du corps, le surpoids, l'obésité, c'est un signe de richesse. Et, ça rayonne en NC chez les caucasiens de souche, les mélanésiens et les polynésiens. C'est bien ancré. Donc 90% des obèses adultes ne se sentent pas obèses. Ils se voient plus mince que la réalité. Ils n'ont pas conscience de ce problème de santé. [...] Donc il ne va pas y avoir de prévention du diabète de la part de la population parce qu'il n'y a pas de prévention de l'obésité.* » (MP, 51 ans). La maladie pouvait être vécue comme une faute (malédiction) et/ou une fatalité (« maladie des blancs ») chez les kanak : « *[...] L'acceptation du diabète qui est une maladie de blanc importée par les blancs et... Ils (kanak) sont très fatalistes, ils rejettent la responsabilité. Enfin, ce n'est pas tout le monde ! Mais y a dans l'esprit commun, cette espèce de rejet de la maladie et de malédiction.* » (PS5, 33 ans, diabétologue). Ces cultures ont aussi été déclinées à travers l'importance des remèdes traditionnels, la diversité des langues, une compréhension difficile de la maladie chronique et les modes de vie locaux compliquant la prévention et la gestion du DT2 tels que des excès alimentaires : « *Une femme wallisienne, tant qu'elle n'est pas mariée, elle est mince, enfin, de poids normal. Et après, mariée, ce sont des personnes qui grossissent. Quand elles tombent enceintes, on leur donne à manger pour*

qu'elles fassent un beau bébé. [...] Le mélanésien, il faut faire un bébé en bonne santé. C'est un bébé qui mange beaucoup. On ne refuse pas à manger à un enfant dans la culture.» (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation). Ou la vie en communauté : « Au niveau de la coutume, le mélanésien, il vit dans une communauté donc celui qui travaille doit partager avec tous. Donc s'ils vivent à 11, son salaire est partagé pour les 11. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation). Ou encore chez les polynésiens, l'envie de plaire avec le tout oui (« Les polynésiens, c'est compliqué parce que souvent ils disent oui à tout. On sait jamais trop s'ils ont compris ou pas. » (PS3, 37 ans, médecin généraliste)) et l'importance du paraître (« Chez le polynésien, il y a le paraître. [...] Je me souviens d'un monsieur qui allait faire du vélo la nuit parce que sinon on allait le voir et ça aurait voulu dire qu'il avait pas d'argent pour mettre dans sa voiture. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation).) Un aspect biologique était à considérer : « Et pour les complications, ça va plus être les populations mélanésiennes que polynésiennes. Les polynésiens, ils vont être de grands obèses mais pas forcément tout de suite compliqués sur le plan métabolique. Par contre les mélanésiens, je ne sais pas pourquoi mais c'est vrai qu'ils vont faire des AVC, des complications au niveau des pieds, des amputations, des artériopathies entre 10/15 ans plus tôt que ce qui peut se passer en France. » (PS5, 33 ans, diabétologue).

Les caractéristiques socio-économiques (100%) via un faible niveau d'éducation et de revenu ainsi qu'une appartenance aux classes sociales les plus basses : « Le diabète, c'est surtout une maladie de pauvre. Et des catégories socio-professionnelles les moins élevées, des gens qui comprennent moins ce qui peut se passer. C'est les catégories où la bouffe, c'est le plaisir le plus accessible. Un paquet de twisties, ça coûte que dalle. » (PS5, 33 ans, diabétologue).

Les habitudes de vie et comportements (83,3%) via les comportements alimentaires calédoniens (aliments emblématiques, nombre de repas et portion) : « Ici on se lève tôt et beaucoup de gens vont se lever et partir directement au travail. Donc y a beaucoup de monde, quelles que soient les ethnies, qui ne prennent pas de petit-déjeuner. Donc, on a faim quelques heures plus tard et on va au magasin chercher des cochonneries. Le paquet de twisties, le nem, le tulem. [...] Et ici les portions des repas sont importantes dès l'enfance. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation). Mais aussi le tout-voiture du pays : « Et le tout-voiture, c'est un élément culturel calédonien. On prend sa voiture même pour aller acheter le pain au bout de la rue. » (MP, 51 ans). Le mode de vie calédonien a ainsi été décrit très obésogène : « Les caucasiens expatriés sont 2 fois moins obèses que ceux de souche alors qu'ils ont le même patrimoine génétique. On voit bien que ce mode de vie à la calédonienne est obésogène et fait le lit du diabète. Donc les gens, à génétique identique, mangent, bougent moins bien et subissent plus de stress en NC. » (MP, 51 ans).

Les compétences personnelles et sociales (83,3%) telles qu'une difficulté de gestion du budget de vie (« En NC, pour toutes les ethnies, le budget n'est pas forcément... Les gens ne savent pas faire un budget. Ils ont de l'argent, il faut qu'ils dépensent. Ils sont capables de dépenser leur paie dans la première semaine du mois. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation)) ou une faible littératie en santé (« L'obésité est une maladie toute récente. Elle a été déclarée maladie en 1997/98 par l'OMS. Et dans des territoires reculés comme la NC, la science n'est pas encore au fait des populations. Le niveau de littératie en santé y est faible, les gens ne savent pas que l'obésité est une maladie. » (MP, 51 ans)). Un manque de connaissances sur les produits sucrés et de volonté, motivation et confiance en soi ont aussi été soulignés : « Je dirai que ma vision de l'ethnie mélanésienne et wallisienne, elle a vraiment besoin... mais je pense que c'est un peu tout le monde mais peut-être un peu plus d'être mis en confiance. Ils ont un manque de confiance en eux très important et du coup ils ont toujours peur de mal faire. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation).

Enfin, la **santé physique (50%)** avec une prévalence importante du surpoids en NC, la **santé mentale (16,7%)** avec le stress du quotidien et du travail et l'**hérédité (16,7%)**.

Puis, 7 déterminants intermédiaires ont été décrits :

L'environnement alimentaire (100%) défini par la vie chère et une offre obésogène importante notamment dans le Grand-Nouméa : « Dans Nouméa, y a toutes ces facilités comme les snacks où les gens vont aller acheter du tout fait, au lieu de faire à manger, de cultiver. Ils vont même aller en voiture prendre un petit-déjeuner au snack. [...] Puis, il faut parler de la vie chère. Ça devient un luxe d'acheter des fruits et légumes. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation). Offre favorisée par l'industrie agroalimentaire : « Il y a l'industrie agroalimentaire qui pendant des décennies a vendu ici des produits plus sucrés. Depuis quelques années à peine, les marques internationales se sont alignées sur les formulations internationales mais les produits locaux peuvent glisser et ne pas les suivre. » (MP, 51 ans). La culture hors Grand-Nouméa de

tubercules et fruits et leur consommation à outrance compliquait la prévention et la gestion du DT2 : « À Thio, ils cultivent et vivent de leur champ. Donc ils mangent à outrance des tubercules et/ou des fruits très sucrés. Pendant les mois des mangues, on sait que l'HbA1c va exploser. » (PS2, 30 ans, médecin généraliste).

L'environnement sanitaire (83,3%) avec une démographie médicale compliquée (manque de diabétologues et de professionnels formés en diabétologie sur l'ensemble de la NC, accessibilité aux spécialistes compliquée dans l'intérieur et les îles et un turn-over important des médecins généralistes et parfois infirmiers dans les CMS), une gestion provinciale de la santé et une localisation inadéquate du Centre d'Éducation. Il a aussi été mentionné des actions de prévention inadéquates pour la prévention de l'obésité et du diabète : « Mange mieux, bouge plus est un peu en sommeil. Et y a Do Kamo qui est en train de prendre à son compte cette prévention de l'obésité. Mais y a jamais eu tant de choses sur le terrain parce que, là où nous, on est 10 pour dépistage et prévention tertiaire, ils sont 2 pour la prévention de l'obésité. C'est un service embryonnaire alors que c'est le premier problème de santé de la NC. Ça devrait être le plus fourni. [...] Et en NC, on avait fait le choix d'envoyer un clown et des céréales de l'industrie agroalimentaire dans les écoles. Ça s'est arrêté. Ouf ! » (MP, 51 ans).

L'environnement familial (83,3%) avec des pratiques alimentaires familiales (éducation sanitaire) de moindre qualité : « On a beaucoup d'obésité et de DT2 qui sont censés arriver à partir de 40/50 ans qui arrivent à 15 ans ! C'est une question d'éducation. Les parents, ils travaillent, n'ont pas le temps de faire la cuisine et n'ont peut-être pas les moyens d'acheter des choses très bien. Donc les gosses boivent des sodas, mangent des twisties etc. Y a des tas de gens qui n'ont jamais de vert dans leurs assiettes. » (PS5, 33 ans, diabétologue). Des connaissances en santé basées sur des comparaisons de cas familiaux ont été décrites : « C'est compliqué parce qu'on a des familles de malades qui ne sont pas forcément au même stade et n'ont pas le même traitement. Et ça, ils ont du mal car ils se comparent entre eux. » (PS3, 37 ans, médecin généraliste). Le soutien pouvait faire défaut par un refus des prescriptions diététiques par la famille ou par stigmatisation de la différence en tribu : « En tribu, les changements attendus font que la personne peut être mise à l'écart. Donc il faut qu'il fasse la cuisine lui-même ou alors à table, on lui dit : « T'es diabétique, t'as pas le droit de manger ça ». Il est de suite catalogué. C'est la raison pour laquelle ils ne vont pas dire qu'ils sont diabétiques. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation).

Le milieu d'hébergement (50%) avec des logements parfois exigus dans le Grand-Nouméa et précaires Hors Grand-Nouméa (en Brousse) : « À Nouméa, beaucoup de gens vivent en appartement et parfois à plusieurs. Mais ils ont un accès aux soins facilité comparé à la Brousse où parfois c'est compliqué. Y a des endroits où des patients mériteraient d'avoir de l'insuline et c'est pas possible car y a pas de frigos là-bas parce que y a pas d'électricité. » (PS5, 33 ans, diabétologue).

L'aménagement du territoire (33,3%) avec des clusters de diabétiques dans le Grand-Nouméa et dans les petites communes de l'intérieur et des îles : « Il y a 3 types d'environnement en NC : le Grand-Nouméa qui regroupe 70% de la population et à peine plus de 70% des maladies chroniques, les petites communes de l'intérieur et des îles regroupées en général autour d'un centre commercial ou supermarché. Là, on a les mêmes taux de maladie que dans le Grand-Nouméa. Puis il y a l'habitat tribal éloigné dans les vallées où la maladie chronique existe quasiment pas. » (MP, 51 ans).

L'environnement social (communauté et voisinage) (16,7%) par une fréquentation importante du bingo : « Les bingos entraînent déjà un rassemblement de femmes qui... En général, y a de la nourriture sucrée. Et cet apport d'argent est souvent utilisé pour l'argent de poche, plein de choses pas forcément utiles. Et, les personnes qui vont dans les bingos, la famille est en général éclatée et les enfants sont plus ou moins livrés à eux-mêmes. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation).

L'environnement professionnel (16,7%) par des horaires de travail complexifiant les pratiques alimentaires saines (pas de petit-déjeuner ou de déjeuner).

Enfin, 5 déterminants distaux ont été détaillés :

Les politiques publiques (100%) avec une politique de santé tournée vers le curatif : « En NC, l'investissement financier se fait plus dans le soin que la prévention. La prévention, c'est à peu près 1,5 % des dépenses de santé. Là, on attend la mise en place de Do Kamo qui est tourné vers la prévention et la promotion de la santé. Mais pour l'instant, il reste théorique car les budgets pour la prévention continuent de diminuer alors que dans le plan, il est écrit qu'ils vont tripler. » (MP, 51 ans). Il a aussi été souligné une politique économique très dépendante des importations : « La politique locale, c'est compliquée car on

est sur une petite île et on est très dépendant de l'extérieur financièrement. On a beaucoup d'importations. Les prix sont élevés et ça creuse les écarts, les inégalités sociales et de santé. On est tellement petit qu'on subit en plein la mondialisation.» (MP, 51 ans).

Le contexte culturel et social (66,7%) avec l'occidentalisation modifiant les modes de vie et confrontant le monde océanien : *« C'est l'opposition monde occidentale, mélanésien et polynésien. Y a pas de clé encore trouvée pour faire passer un message compris par tous. Cette richesse culturelle, c'est aussi un frein pour éviter que l'épidémie ne s'aggrave. » (PS5, 33 ans, diabétologue).* Le diabète était une maladie encore tabou tant au niveau professionnel que familial : *« Dans le milieu du travail comme on est dans un petit pays, des gens ne veulent pas dire qu'ils sont diabétiques. Ils ont peur d'être licenciés ou d'être mal vu par les collègues. C'est un peu tabou de dire qu'on est diabétique. Y a des gens qui savent pas que leurs parents sont diabétiques alors qu'ils sont sous insuline. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation).* Des légendes urbaines persistaient sur le DT2 : *« Il y a des faux messages pro-initiés dans la population. Que le DT2, c'est quand on est très gros ou plus âgé. Alors que les études ont montré qu'il y a des patients de plus en plus jeunes. » (PS3, 37 ans, médecin généraliste).*

Le contexte économique (16,7%) par des inégalités sociales criantes augmentant celles de santé et le risque de DT2 dans les classes défavorisées : *« Et en Outre-Mer, particulièrement en NC, les inégalités sociales sont criantes. Et ça explique en grande partie la prévalence élevée du diabète. D'un côté, y a les salaires indexés bien supérieurs à ceux de la Métropole. Au contraire, on a un SMIC au ras des pâquerettes et des compensations chômeurs ridiculement basses. » (MP, 51 ans).*

La colonisation passée (16,7%) et le contexte scientifique (16,7%) caractérisé par une absence de données épidémiologiques du suivi diabétique.

Par ces DSS étaient entendues des spécificités de la NC (société multiethnique, aménagement du territoire, démographie médicale et provincialisation).

8.3.1.2. Les facteurs facilitants existants (prévention et gestion du diabète)

Concernant la **prévention du diabète**, la vie en brousse (ruralité) a été expliquée comme un facteur protecteur par 5 enquêtés, l'environnement alimentaire obésogène étant amoindrie (moins de snacks et fast-foods), la pêche, la chasse et l'agriculture plébiscitées et étant de l'activité physique au quotidien. Le médecin pilote a précisé 2 types d'environnement ruraux en NC : les communes de l'intérieur et des îles où la surabondance alimentaire était autant présente (magasins) et la vie en tribu où le mode de vie demeurerait ancestrale et la monétarisation absente : *« Le curseur de ruralité doit être mis au niveau de la tribu. En tribu, pas de diabète, pas d'obésité. Dans les petites communes rurales, une obésité et un diabète comparable au Grand-Nouméa. La suroffre est aussi présente que dans le Grand-Nouméa. On ne peut pas opposer simplement urbanisation et ruralité. Il y a vraiment 2 types de ruralité en Calédonie. » (MP, 51 ans).* Quant à la **gestion du diabète**, 4 types de facteurs facilitants ont été objectivés. Un médecin a appuyé sur l'observance médicale accrue de patients, autorisant un suivi de qualité et une prise en charge précoce des complications. Au niveau du système de santé, 4 professionnels de santé médicaux ont insisté sur la couverture médicale et paramédicale du territoire (accès et vacations dans les CMS, stage d'éducation et hospitalisation diabète) et sur l'accessibilité et la codification de la prise en charge longue maladie, le carnet de suivi LM étant une aide supplémentaire. Ce système était aidé par le programme Diabète. Sur les 3 préventions jusqu'en 2008, le 3^{ème} programme (en cours depuis 2012) ne concernait plus que la secondaire (dépistage du diabète de façon classique ou opportuniste avec l'association des diabétiques effectuant des dépistages lors de fêtes etc.) et tertiaire avec 2 axes (faire reculer les complications et améliorer la qualité de vie), la prévalence du diabète et de ses conséquences étant importante : *« C'est une maladie très répandue. Plus d'un calédonien sur 10 est diabétique donc tout le monde en a dans son entourage. Et le diabète est non seulement la première longue maladie avec prise en charge à 100% mais aussi première cause d'amputation, de cécité, d'infarctus, d'AVC, d'insuffisance rénale en NC. » (MP, 51 ans).* Quant à cette prévention tertiaire, est proposé par le programme, le dispositif de podologie, des vacations de diététiciennes itinérantes dans les 3 provinces, un dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique (hors Grand-Nouméa), des formations postuniversitaires de soignants et le stage Diabète du Centre d'Éducation. L'importance de ce stage a été soulignée par 2 médecins généralistes de

Nouméa. Enfin, il a été mis en évidence des facteurs facilitants concomitants (**prévention et gestion**). Les campagnes « Mange Mieux, Bouge Plus » ont été plébiscitées par 2 médecins généralistes : « *Moi j'aime bien ces messages-là car ça me permet de rebondir. Ça parle aux gens, [...] on a vu la même chose et ça permet de mieux se comprendre.* » (PS3, 37 ans, médecin généraliste). Un de ces médecins a souligné la présence d'espaces verts (naturels ou après transformation du paysage urbain (promenade Pierre Vernier à Nouméa)) facilement accessibles en NC : « *Je trouve qu'il y a pas mal de choses qui sont faites. Y a beaucoup d'améliorations qui ont été apportées aux paysages urbains. Il y a une super promenade. [...] Ici, on peut marcher, nager facilement, sans forcément aller à la piscine.* » (PS3, 37 ans, médecin généraliste). L'infirmière d'éducation a insisté sur la possibilité de culture agricole personnelle dans le Grand-Nouméa : « *Y a des jardins familiaux mais pas beaucoup. Les gens doivent payer une petite location, 1200 ou 1500 frs. Et donc après ils cultivent.* » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation). Enfin, 2 enquêtés ont fait part de l'importance du réseau social via la famille pour le médecin pilote (« *L'esprit de famille existe réellement en NC. Les gens ne manquent pas de soutien familial et ont un réseau social bien développé quelle que soit l'ethnie. C'est donc un facteur protecteur même si c'est moins vrai en ville où les gens sont plus individualistes.* » (MP, 51 ans)) ou par les diabétiques relayeurs des messages de prévention pour un médecin généraliste.

8.3.2. Le dispositif de podologie « Prévention des amputations »

8.3.2.1. Création du dispositif

Dès 2006, le dispositif a été créé en collaboration entre le comité de pilotage, le médecin pilote du programme Diabète et les pédicures-podologues suite à un état des lieux : nombre d'amputations en 2005 (publication en 2006), une absence de remboursement correct des soins de pédicurie (500 frs par la CAFAT) et de pédicures-podologues hors Grand-Nouméa. En s'appuyant sur cet état des lieux et des données probantes (rôle clé des pédicures-podologues et études françaises sur leurs soins), le dispositif a été écrit en 2006, validé en 2007 et déployé en 2008 suite à des formations des pédicures-podologues sur 3 modules et des médecins généralistes aux examens des pieds : « *En 2005, la journée mondiale du diabète était sur le pied diabétique. Les statistiques montraient qu'en NC, il y avait 2 à 3 amputations de diabétiques par semaine. [...] L'ASS, c'est l'accès aux soins et le rééquilibrage. Comme y avait pas de podologues dans l'intérieur et les îles, on en a envoyé en les finançant. Après, 70 % des patients sont à Nouméa donc on ne pouvait pas ne rien faire. D'autant que les soins étaient très mal remboursés. La CAFAT rembourse 100% du soin mais il est côté 500 frs. Et il est facturé 5000 frs. Donc on a dit pour les diabétiques à haut risque comme ce qui commençait à se faire en Métropole. Y avait des études menées dans des régions qui montraient que si on prenait en charge des soins pour les grade 2 ou 3, on avait des résultats. On a copié ces résultats mais en développant à notre façon. [...] Avant, c'était l'infirmière qui faisait l'atelier sur les pieds. C'était un plus que ce soit le podologue qui le fasse. Donc tout ça s'est mis en place suite à des formations en 2007. Il y a eu 3 modules pour les podologues : diabète et ETP par 2 médecins, chirurgie du pied par un chirurgien et pied diabétique par un podologue formateur de Métropole. Il a aussi fait des enseignement postuniversitaires pour les médecins pour leur expliquer l'importance de grader le pied des diabétiques annuellement.* » (MP, 51 ans). Le médecin pilote et 2 pédicures-podologues interviewés (PP2 et PP3) ont participé à la création du dispositif, leur investissement étant la suite logique. Pour la dernière pédicure-podologue, il était essentiel de s'y investir de par le nombre de diabétiques.

8.3.2.2. Actions du dispositif

L'atelier d'éducation thérapeutique, pratiqué par une infirmière d'éducation au début du Centre, a été transféré aux pédicures-podologues en 2006 et intégré au dispositif en 2008. En 2006, il a été repensé par le syndicat des pédicures-podologues avec l'aide du médecin pilote, et a abouti à la création d'une fiche synthétique adaptée aux besoins de la population calédonienne (Annexe 42). Les pédicures-podologues interviewées ont décrit son déroulement : distribution de la fiche, présentation de l'intervenant, du métier et de l'atelier et déroulement de la séance (thèmes de la fiche) de façon interactive. Une des enquêtées prenait connaissance des participants et effectuait, en fin d'atelier, l'examen des pieds puis remplissait la fiche pieds (Annexe 43). L'autre précisait ne pas avoir le temps pour cet examen. L'évaluation était alors faite par les infirmières d'éducation du

Centre. Un document Word avec les dates des ateliers à l'année était transmis au syndicat par la coordinatrice réseau pour le partage des ateliers entre les différents intervenants.

Le forfait de soins podologiques, sur prescription des médecins généralistes et/ou spécialistes, après gradation, comporte un bilan initial et 5 séances de soins avec un bilan final. Le bilan initial permettait l'anamnèse, l'examen des pieds et une nouvelle gradation décidant du nombre de séances. Puis, une séance de soins était effectuée : *« Je vérifie le carnet de santé. Puis, j'examine, je fais marcher, je regarde le podoscope. Je termine l'examen par rapport aux prises de pouls, à la sensibilité au monofilament. Je vérifie l'état des ongles et entre les orteils. Je fais mon tour du pied. Puis, je fais le soin dans la foulée. »* (PP3, 53 ans). Plusieurs actes pouvaient être effectués selon l'état des pieds : *« Y a la coupe d'ongles puis on traite les hyperkératoses, les ongles incarnés, les maux perforants si y en a, les crevasses au talon etc. »* (PP2, 56 ans). Le temps de la séance était de 30 minutes variables selon l'état des pieds : *« Une demi-heure souvent voire trois quart d'heure. Mais y a des gens pour qui il faut beaucoup plus de temps parce qu'ils ont des pieds détruits. »* (PP3, 53 ans). La dernière séance prévue était couplée au bilan final décrivant les résultats : *« Et puis en cabinet, on finit par un bilan final où on décrit les améliorations et où on dit si la personne aura besoin d'un forfait à suivre pour l'année suivante ou pas. C'est une conclusion. Et il n'est pas facturé. En fait, tu le fais en même temps que ton dernier soin. »* (PP2, 56 ans). À chaque étape, des fiches types de l'ASS-NC étaient remplies (Annexes 44 à 46) en 3 exemplaires (un pour le soignant, un dans le carnet de suivi LM du patient et un transmis à l'ASS-NC pour rémunération et analyses épidémiologiques (Annexe 47)). Les fiches de séances de soins n'étaient pas transmises au médecin, le soignant écrivant dans le carnet de suivi LM, de même si un traitement complémentaire devait être prescrit. Il a été décrit 2 situations spécifiques : en cas de mauvaise gradation, seul le bilan initial était effectué et en cas de situation compliquée, il était possible d'effectuer une demande pour doubler le nombre maximal de séances. Les pédicures-podologues étaient aussi investis d'une mission d'ETP au pied diabétique : les 3 enquêtées l'adaptaient au patient, à son projet de vie ainsi qu'au pays et distribuaient la fiche synthétique de l'atelier. L'une d'elles a insisté sur son investissement personnel par l'achat de claquettes si besoin.

Lors de la mise en place **des vacations de podologie dans les CMS** (ouvertes à tous les grades), tous les patients diabétiques connus ont été vus pour l'évaluation et définir la fréquence des séances. Le syndicat a ensuite décidé l'attribution fixe de CMS à un pédicure-podologue, chacun envoyant son planning à l'année au CMS chargé de la convocation des patients. Une fois sur place, le pédicure-podologue organisait son poste de travail. La mission de soins était quasi-similaire à celle effectuée dans le cadre du forfait de soins, 2 différences ayant été soulignées : le bilan final n'était pas effectué (pas de fin à la prise en charge) et les fiches types de l'ASS-NC n'étaient plus utilisées, les données étant saisies dans les dossiers électroniques. La majorité des consultations avaient lieu en matinée. D'après le médecin pilote, 2 mallettes de soins mobiles étaient financées et entretenues par l'ASS-NC et conservées par le syndicat. Les 2 pédicures-podologues ayant participé à la création du dispositif ne les utilisaient plus car désuètes, la dernière n'en avait pas eu connaissance lorsqu'elle y participait. Ils utilisaient leur matériel personnel. La mission d'ETP était la même que celle effectuée dans le forfait de soins à la différence que tous ne distribuait pas de documents écrits. La mission de formation des professionnels de santé était très variable selon le CMS et l'équipe soignante (motivation et disponibilité). Seuls les infirmiers étaient formés et ce, sur des cas compliqués demandant des soins entre 2 vacations : *« Alors quand j'ai des patients avec des perforants, je les prends en fin de matinée pour montrer à l'infirmière du moment. Je lui explique, lui montre et lui fais faire. [...] J'ai pu faire ça avec des personnes qui étaient ok et intéressées pour qu'elles puissent le faire quand je suis pas là. »* (PP3, 53 ans). Cette formation était récurrente en raison du turn-over.

Par ce dispositif et la démographie médicale, les pédicures-podologues ont souligné leur rôle majeur en diabétologie étant les seuls spécialistes du pied à parcourir la NC : *« En NC, la prise en charge diabétique, la place du podologue est plus importante qu'en Métropole. [...] Là-bas, ils diront : « On va appeler l'infirmier et vous hospitaliser. Je ne touche pas ! » alors qu'en NC, c'est à toi de donner le protocole, d'appeler médecin, infirmier etc. Et tu dois gratter, tu dois y aller ! On a un rôle bien plus stratégique pour les diabétiques et encore plus en CMS. Tu fais des trucs que tu aurais jamais fait en France. On t'enlèverait ton diplôme en*

France si on te voyait toucher des trucs, tu vois ? Mais parce que tu es en système D. Y a pas forcément de médecin, y a pas de chirurgien. Tu as plus de casquettes et de responsabilités en CMS. » (PP1, 33 ans).

8.3.2.3. Formation et rémunération

Les pédicures-podologues intervenants devaient avoir été formés en 2007 ou avoir une formation en diabétologie ou un diplôme ultérieur à 2010 (formation incluse). Quant à la rémunération, une enveloppe annuelle était votée pour chaque action. Pour l'atelier (5500 frs) et les vacations en CMS (forfait journalier de 8 heures avec indemnités kilométriques et remboursement du billet d'avion (îles)), l'ASS-NC rémunérait le syndicat qui redistribuait aux professionnels concernés. Pour le forfait de soins, les contrats étaient entre le pédicure-podologue concerné et l'ASS-NC, un acte étant rémunéré 5000 frs dans la limite de 200 par an (soit 1 million de francs).

8.3.2.4. Avis et connaissance

Seuls l'infirmière d'éducation et le diabétologue le connaissaient parfaitement. Les 2 médecins généralistes de Nouméa ne maîtrisaient que les actions sur le Grand-Nouméa et celui de CMS ne le connaissait que très peu (une seule vacation, en 2019, à Thio avec très peu de patients). Une fois expliqué, les 9 enquêtés l'ont jugé essentiel mais ont pointées des zones d'ombres (cf 8.3.3.3.).

8.3.3. Facteurs facilitants et obstacles à la prévention des amputations

8.3.3.1. Au niveau des personnes diabétiques

Obstacles : 10 types de freins ont été objectivés. Il a été répertorié **5 types de comportements à risque** par 8 enquêtés : un chaussage inadapté (pieds-nus, claquettes et chaussures fermées dégradées et non-port de chaussures thérapeutiques (87,5%)) (« En 2018, on a eu un monsieur de 52 ans qui avait largué ses médicaments pendant 4 ans. Un diabète ! Pêcheur, chasseur, Bourail hein. Des crevasses puisque marcher pieds nus, claquettes. La crevasse s'est éclatée. Quand il a eu trop mal, il est allé voir le médecin mais il ne pouvait rien. Forcément l'Hb1Ac, elle était à 15. Il est arrivé avec un truc qui était ouvert ! On a essayé pendant 15 jours mais tu voyais l'os. Il a été amputé en jambe, sous le genoux. » (PP3, 53 ans)), des conditions de vie dégradant les soins (vie tribale (37,5%)), des soins personnels dangereux (mal effectués et/ou avec utilisation d'outils dangereux (tenailles, boîtes de conserve etc.) (25%)) (« Avec mon travail à l'hôpital, je vois des gens amputés parce qu'ils ont mal coupé un ongle ou ils ont coupé la corne du durillon et se sont blessés. Donc la blessure s'étant infectée, ils ont été amputés. » (PP3, 53 ans)), la non-considération de blessures de par l'aspect anodin (« Y en a avec une ampoule, ils perdent les 2 jambes. Une ampoule en novembre, ça finit amputé en janvier de la première jambe et en mai de la deuxième, chez quelqu'un de 72 ans. Et il était éduqué, il prenait soin de ses pieds, il venait régulièrement pour que je lui coupe les ongles et lui gratte les peaux. Mais il a fait du bricolage avec des crocs et mouillés avec le karcher, ça a frotté. J'ai vu l'ampoule, je lui ai dit de faire attention. Mais comme il en avait eu plusieurs fois et que ça c'était guéri, il n'a pas été vigilant. » (PP3, 53 ans)), du non ressenti de douleurs (« J'ai eu un patient, quand il a enlevé ses chaussures, je lui ai dit : « Mais qu'est-ce que tu as fait ? C'est pas normal ! ». En fait, c'était grignoté, c'est un rat qui lui avait mangé des morceaux d'orteils. Il sentait pas. Et c'était l'année dernière hein. » (PP3, 53 ans)) et/ou d'odeurs (25%) et la non-consultation de pédicures-podologues (12,5%). 6 enquêtés ont décrit **une incompréhension du lien pied/diabète et une prise de conscience et une adhérence thérapeutique tardive** : « Ils savent pas que, quand on est diabétique, il faut surveiller ses pieds ou alors ils le savent mais pas pourquoi. Ils ont peur de l'amputation car ils en ont entendu parlé mais ils savent pas ce qu'il faut faire, ne pas faire et les raisons. Il faut se laver les pieds. Oui comme tout le monde ! Mais si je les lave pas, quel est le rapport avec le diabète ? [...] Donc, c'est la porte ouverte aux problèmes comme il y a une mauvaise connaissance. Les gens connaissent les complications, les terminaisons finales mais pas le point zéro. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation). **Des aspects culturels** ont été cités par 8 enquêtés : culture de la claquette et de la marche pieds nus (100%), envie de plaire des polynésiens (tout oui) (25%), résilience des océaniens (25%) et localisation approximative des pieds chez les wallisiens (12,5%). L'une d'eux a insisté sur des **croyances ethniques des complications podologiques** : « Tu sais souvent on a : « Ah mais les kanak ou les wallisiens, ils doivent avoir beaucoup de maux perforant » ». (PP1, 33 ans). Pour 5 enquêtés, les **finances** constituaient une cause de renoncement aux soins de pédicurie, de chaussage adéquat et d'auto-soin. Une **négligence générale des pieds** a été mentionnée par 4 enquêtés.

L'illettrisme pouvait compliquer le partage de conseils selon une enquêtée. Enfin, **une santé mentale et/ou physique dégradée** (âge, surpoids/obésité et/ou amputations) étaient des freins à l'auto-surveillance et l'auto-soin : « *C'est difficile quand on est âgé, que la vue baisse, que l'on a mal aux dos, que l'on a un gros bidon, que l'on ne peut plus se baisser pour toucher ses pieds.* » (PP3, 53 ans).

Facteurs facilitateurs : Les pédicures-podologues ont explicité 3 leviers : la compréhension et l'adhésion thérapeutique (conseils, soins, port d'orthèses et/ou de chaussures thérapeutiques) (100%), les finances personnelles possibles dans les soins de pédicurie (hors remboursement) (66,7%) et l'échange (vécu et conseils) entre pairs sur les complications podologiques (33,3%).

8.3.3.2. Au niveau des professionnels de santé

Obstacles : Si les 5 professionnels de santé médicaux ont expliqué considérer le pied diabétique, les examens de dépistage et la gradation du risque podologique étaient variables : l'observation des pieds et l'objectivation de l'AOMI (palpation des poulx ou par doppler après envoi chez l'angiologue) étaient effectuées par tous alors que la recherche des antécédents podologiques et l'objectivation de la ND par monofilament n'étaient effectuées que par 3. Les raisons de cette variation étaient l'oubli et/ou le manque de temps pour 7 professionnels (tous confondus) et la non-possession d'instruments pour 2 d'entre eux (pas de monofilament et/ou doppler de poche (acte lent et non-rémunéré pour ce dernier)). Le risque podologique n'était pas gradé par 2 enquêtés de par un manque de formation, de pratique et/ou d'utilité : « *Non, je le grade pas. Parce que j'ai pas l'habitude de le faire. Et, j'en ai pas l'utilité d'une consultation à une autre.* » (PS2, 30 ans, médecin généraliste). Même effectuée, le médecin pilote et les pédicures-podologues ont souligné de nombreuses mauvaises gradations. Seule l'infirmière possédait un outil de rappel. L'ETP était professionnel (médical) dépendant : si le lien pied/diabète et l'auto-surveillance a été évoqué par tous, 4 ont mentionné le chaussage et la coupe des ongles, 3 le lavage et séchage des pieds et 3 l'adaptaient aux ressources et/ou à l'état des pieds. 3 ont évoqué un manque de temps pour cet ETP. Outre ces points, 2 enquêtés ont évoqué un lien fragile entre médecins généralistes libéraux et CMS, leurs patients n'étant pas toujours orientés vers les vacations. Le diabétologue et une pédicure-podologue ont décrit une prise en charge inadéquate des UPD par les médecins. Le diabétologue a aussi insisté sur la non-connaissance de l'impact des amputations par ces derniers : « *J'ai trop de médecins qui mettent des antibiotiques à l'aveugle sur des plaies du pied diabétique et donc, ça traîne, ça s'aggrave, avec du chaussage pas bien. [...] Ils ne savent pas qu'à 5 ans d'un infarctus du myocarde ou d'une amputation, le risque de mortalité est équivalent.* » (PS5, 33 ans, diabétologue). La non-connaissance du métier des pédicures-podologues et de leurs actions a été mis en avant par 2 enquêtés. Par rapport aux infirmiers, 2 pédicures-podologues ont souligné une coupe des ongles non-effectuée en Brousse (non voulu et/ou manque de temps) et une mauvaise formation aux soins podologiques diabétiques. L'infirmière d'éducation a expliqué parfois décaler l'ETP au pied en cas d'éducation au lecteur ou à l'insuline ou de problèmes psychologiques. Au niveau des pédicures-podologues, la diminution des finances du dispositif a engendré une baisse de leur motivation. 2 pédicures-podologues ont mentionné une décision d'amputation chirurgical-dépendant bien qu'une a précisé qu'elle était basée sur de nombreux examens (biopsie osseuse, artériographie etc.). Enfin, les enquêtés (hors médecin pilote) ont explicité leur attitude professionnelle, 3 sont apparues comme des freins à l'adhérence du patient à la gestion du diabète : une relation jugée à l'aune de la seule adhésion thérapeutique (37,5%), un comportement paternaliste (25%) et l'utilisation de la peur (12,5%).

Facteurs facilitateurs : 3 enquêtés ont souligné l'importance du travail pluridisciplinaire entre pédicure-podologue, infirmier, médecin et/ou diabétologue au sein du CMS ou de la consultation pied diabétique en cabinet privé de diabétologue (2019). Le diabétologue a mis en avant l'unité pied diabétique (2019) à la clinique privée avec collaboration médico-chirurgicale. De plus, le fait d'être calédonien facilitait la relation soignant/soigné pour une enquêtée : « *Dès que je disais que j'étais calédonienne, ils me prenaient plus au sérieux que si j'étais la petite zoreille qui arrivait. Et ça me crédibilisait auprès des patients.* » (PP1, 33 ans). D'autre part, les 3 pédicures-podologues ont mentionné leur propre investissement avec la réalisation d'atelier d'éducation en milieu hospitalier (CHT et clinique)

par l'une d'entre elle, par l'éducation d'employeurs (chaussures adéquates pour des vigiles) et l'usage de chaussures à prix abordables pour les adapter au pied de ses patients amputés pour une autre et par des interventions grand public par toutes. Le diabétologue a explicité le principe d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en cours de mise en place pour les CMS. Enfin, parmi les attitudes des professionnels, 6 sont apparues telles des leviers à l'adhérence du patient : favoriser l'empowerment (75%), s'adapter aux cultures (62,5%), être bienveillant (50%), s'adapter aux traitements traditionnels (50%), aux ressources (37,5%) et aux niveaux de compréhension (37,5%), être accessible, disponible et investi (37,5%), utiliser l'image pour objectiver les progrès (25%) ainsi que la fierté (25%).

8.3.3.3. Au niveau du dispositif de podologie

Obstacles : L'atelier d'éducation présentait 2 freins selon 2 pédicures-podologues : une évaluation mal effectuée des pieds par les infirmières (50%) et une localisation freinant l'accessibilité du Centre (50%). Au niveau du forfait de soins, 5 freins ont été relevés par 8 enquêtés : une inégalité d'accès entre la Brousse et le Grand-Nouméa où seuls les grades 2 et 3 sont pris en charge (62,5%), un manque d'actes de soins possible à l'année (50%) (« *Au départ, on avait un nombre de séances par an non contrôlé. Plus ça allait, plus les finances se réduisaient et on est arrivé à un forfait plus ou moins peau de chagrin où les cabinets ne peuvent recevoir que 200 séances par an, à peine 30 patients. Donc on est obligé de faire une côte mal taillée.* » (PP2, 56 ans)), une connaissance limitée du forfait de soins par les médecins et les personnes diabétiques (37,5%), un horizon sombre pour la suite de l'action (37,5%) (« *Dans les années à venir, ce sera certainement la politique du moins disant. Donc un appel d'offre et celui qui se vend le moins cher remportera le contrat. Si un propose de facturer 5500 et l'autre 4500, ce sera 4500 qui sera pris pour le même travail. [...] C'est ce qui pourrait arriver dès l'an prochain tellement l'économie est dans le rouge et l'argent public précieux.* » (MP, 51 ans)) et des conventions signées tardivement (12,5%). Enfin, 6 enquêtés ont décrit 6 freins liés aux vacations de podologie : des CMS trop peu ou non desservis (66,7%), une mauvaise organisation interne dû à un turn-over important (50%) (« *Des CMS sont sur la sellette car la fréquentation de la vacation est très fluctuante. Là, on se heurte, surtout dans les îles, au turn-over du personnel soignant. Les médecins ne sont pas pérennes. Ils restent 6 mois, un an mais il n'y a pas d'investissement. Ce sont des personnes de Métropole venus faire un tour d'Océanie mais ils ne sont pas parties prenantes des programmes d'éducation.* » (PP2, 56 ans)), les événements culturels (coutumes (33,3%)) rendant les venus aléatoires des patients, une impossibilité de déplacements en tribus (16,7%), une sous-utilisation du dispositif (nombre de patients) par les CMS desservis (16,7%) et un coût important du billet d'avion pour les îles (16,7%) (« *On a un programme qui nous autorise que 6 vacations par CMS en sachant qu'on a beaucoup d'argent qui part dans les billets d'avion. Et pour ça, y a aucune aide. On les paye plein pot voire plus cher car on est en day trip.* » (PP2, 56 ans)). La rémunération pouvait freiner l'implication des pédicures-podologues selon l'une d'entre eux : « *Niveau rémunération, sur les 3 actions, les podologues perdent de l'argent. Et tu as que les vieux entre guillemet qui veulent bien parce que les jeunes qui font que de la semelle, ça les fait rire.* » (PP2, 56 ans).

Facteurs facilitants : Les 3 pédicures-podologues ont décrit 2 points : la formation de personnes diabétiques ressources par l'atelier (66,7%) et l'efficience des vacations dans les CMS organisés permettant des actes avancés et pouvant se poursuivre par des consultations à distance (66,7%) : « *Là où ça fonctionne bien, c'est quand on a une secrétaire impliquée et une infirmière référente diabète. Et comme on a tissé un lien, on intervient aussi en consultation par téléphone, visio ou par envoi de photos pour évaluation de plaie. [...] Et en cas de geste à la limite de nos compétences, on a l'avantage d'être dans une équipe. Si on a besoin d'une anesthésie locale, on peut demander au médecin du CMS de le faire.* » (PP2, 56 ans). Le médecin pilote a souligné l'investissement du syndicat et des pédicures-podologues et le renouvellement du financement depuis 13 ans. Ces professionnels ont aussi insisté sur le rayonnement des séances de soin sur l'ensemble du pays, lissant des inégalités sociales de santé.

8.3.3.4. Au niveau de l'environnement calédonien

Obstacles : Au niveau de l'offre sanitaire, 4 freins ont été soulevés par 8 enquêtés : une absence de prise en charge de la CAFAT et des aides médicales pour les soins de pédicurie (87,5%), une prise en charge hospitalière s'organisant tout juste pour le pied diabétique (25%), une accessibilité

aux pédicures-podologues restant limitée en dehors du Grand-Nouméa, accentuée par une fermeture prévue de CMS (25%) et par l'absence de prise en charge du transport dans le Grand-Nouméa (12,5%) : « Il y a gens qui ont des plaies du pied qui sont graves mais qui n'ont jamais été envoyés chez nous parce que le VSL n'est pas pris en compte. » (PP2, 56 ans). D'autre part, 2 pédicures-podologues ont souligné la trop faible connaissance de leur apport en diabétologie par la population. Selon l'une d'elles, il n'existait aucune volonté des provinces et de l'association des diabétiques pour la prévention des amputations n'ayant jamais été sollicités par ces derniers. Elle a aussi mentionné des chaussages inadaptés tant au niveau professionnel (« Y a beaucoup de choses à faire sur la chaussure de sécurité. Celles commandées sont pas adaptées au pied océanien, n'étant pas assez larges. Donc, ils compensent en prenant 2 pointures au-dessus mais c'est un risque d'accident professionnel parce qu'avec le bout coquet, tu sens rien et il arrive sur l'échelle avant de se rendre compte de ce qu'on fait. On avait essayé en allant à différents salons avec des professionnels mais les faits n'ont pas suivi. Tu ne trouves pas partout dans le monde des chaussures de sécurité avec des tiers de largeur. Y a les États-Unis, le Canada et l'Australie. Mais ils les font pas venir en fait. [...] Ça reste de l'achat de chaussures fait par l'employeur. Ils n'ont pas de bon pour acheter ailleurs. » (PP2, 56 ans.)) que thérapeutique (« À un moment, on avait une folie ! Tout le monde était envoyé pour avoir une chaussure orthopédique en cuir. Chaussure inadaptée au mode de vie local donc des perforants sont venus. À 150 000 frs la paire de chaussures, faut arrêter ! » (PP2, 56 ans.)) 4 professionnels de santé ont évoqué ne connaître aucune action en dehors du dispositif.

Facteurs facilitants : Le médecin pilote a évoqué le dispositif SMS diab déployé en Province Nord (messages sur divers aspects du suivi diabétique). Une pédicure-podologue a mentionné la présence d'espaces d'activités physiques multiethniques appropriés au sein du Grand-Nouméa. Elle a aussi expliqué la possibilité de trouver des outils de prévention dans la nature (aloe vera et pierre ponce). Les 2 autres pédicures-podologues ont insisté sur la prise en charge partielle de mutuelles calédonniennes pour leurs soins. L'une d'elles a également souligné l'investissement d'un magasin à Nouméa pour proposer des chaussures professionnelles adaptées aux océaniens.

Anciennes actions : 3 enquêtés ont parlé de 2 actions disparues : journée de marche d'éducation et semaine de formation en diabétologie pour les soignants volontaires au CHT.

8.3.4. Les pistes de réflexion soulevées

Pour améliorer la prévention des amputations, 4 grandes pistes de réflexion ont été proposées :

Améliorations du dispositif de podologie : Au niveau de l'atelier, les pédicures-podologues ont proposé de rendre le stage Diabète obligatoire dès son dépistage (66,7%) et d'avoir 10 minutes supplémentaires par participant pour évaluer leurs pieds (33,3%). Un pédicure-podologue a suggéré des vacations mensuelles dans les CMS les plus fréquentés. Quant au forfait de soins, 2 points ont été émis par 5 professionnels : une augmentation du nombre d'actes par an par pédicure-podologue (60%) et une ouverture aux grades 0 et 1 (au moins une séance) (60%) : « Sur la prévention, c'est favoriser le rôle des podologues. Qu'ils puissent voir de manière régulée les patients. Un patient qui a fait une plaie, faut qu'il soit vu 6 fois. Un patient à risque, entre 2 à 4 fois. Et un patient qui n'est pas à risque, qu'il soit vu une fois tous les ans ou tous les 2 ans. » (PS5, 33 ans, diabétologue).

Éducation, communication et sensibilisation au diabète et à ses complications : 8 enquêtés ont jugé pertinent de développer une campagne de communication sur le « bien vivre avec son diabète » et ont évoqué différentes formes d'approches (spots télévisés, radio et affiches (traduites en langues)). Le médecin pilote était mitigé de par la mixité ethnique du pays même si le métissage était de plus en plus la norme. 2 pédicures-podologues ont insisté sur la nécessité de montrer la réalité d'un diabète négligé par la mise en place de visites éducatives thérapeutiques : « Il faudrait avoir des petits groupes comme on a au centre et les emmener avec nous à une séance de dialyse. Ou encore au CSSR (Centre de Soins de Suite et de Réadaptation) pour qu'ils voient les résultats d'un diabète qui a évolué à bas bruit et où on n'a pas fait vraiment attention. Voir la réalité de l'amputation, de comment tu marches quand t'as plus de doigts de pieds. La démonstration par l'exemple, ça fonctionne très bien. » (PP2, 56 ans). L'une d'elles a proposé la mise en place d'interventions communautaires lors des journées ethniques existantes. Selon 2 enquêtés, les discours de prévention et de gestion du diabète se devaient d'être holistiques et culturellement adaptés au pays et à ses différentes ethnies par une

approche socio-anthropologique. D'autre part, 7 enquêtés ont estimé essentiel de développer un programme de promotion de la santé des pieds de par l'état des pieds de la population générale (voûtes plantaires effondrées, crevasses importantes etc.). Différentes actions ont été énumérées : des actions grand public sur le chaussage (message de sensibilisation, travail avec le Service Médical Interentreprises du Travail (SMIT) pour des chaussures professionnelles adaptées aux pieds océaniens et bon pour des chaussures quotidiennes de qualité (85,7%)), une éducation sanitaire à l'hygiène des pieds chez les enfants (57,1%), déployer des informations sur le métier de pédicure-podologue (14,3%) et des actions de prévention couplant l'obésité et les pieds (14,3%) (*« Il faut commencer au primaire : faire une consultation en même temps qu'il devrait y avoir une consultation obésité pour leur faire prendre en compte par différents ateliers de l'importance de leurs pieds et de comment leurs pieds pourraient souffrir de la prise de poids avec des exercices faciles. » (PP2, 56 ans)*). Concernant les 2 autres enquêtés, un était mitigé, précisant la nécessité d'un état des lieux des pieds et un autre contre ne le considérait pas pertinent. Au sein de cette éducation sanitaire à l'hygiène des pieds, les professionnels y associaient celle alimentaire et ont proposé la création d'un cours d'éducation sanitaire dès l'école primaire, similaire à celui d'éducation civique, permettant d'aborder les problèmes de santé publique du pays. 3 enquêtés ont proposé de développer des actions de changements de comportements alimentaires et/ou physiques des personnes diabétiques : favoriser la consommation locale et/ou personnelle de fruits et légumes (100%), effectuer des marches collectives sur la promenade Pierre Vernier (66,7%) et aider à la gestion du budget quotidien (33,3%). Enfin, une enquêtée a indiqué la nécessité de redévelopper le stage Obésité du Centre d'Éducation et une autre des actions du programme Diabète (journée de marche d'éducation).

Actions au niveau du système de santé : 5 propositions ont été soulevées. Pour 5 enquêtés, le dispositif ASALEE était nécessaire pour renforcer l'ETP. Concernant les 4 autres, 2 étaient mitigés, un médecin ayant peur de messages d'éducation mélangés et l'autre appréciant gérer l'ETP tandis que les 2 derniers étaient contre estimant que l'ETP était de l'ordre des pédicures-podologues pour les pieds ou du Centre d'Éducation. Ils étaient urgents pour 6 enquêtés que la CAFAT et les aides médicales instaurent la lettre-clé POD. Une enquêtée a souligné que le bilan initial devait rester à la charge de l'ASS-NC et seul le curatif porté par les organismes d'assurance maladie. Toutefois, 2 des enquêtés ont précisé que le protocole de soins de tous les diabétiques devrait présenter une consultation podologique par an. D'autre part, 3 enquêtés ont estimé qu'il était important de développer des formations continues de professionnels de santé au pied diabétique : *« Dans un premier temps, il faut que les professionnels de santé puissent prévenir et avoir le diagnostic juste. À tout niveau, les infirmiers, les médecins. » (PS5, 33 ans, diabétoologue)*. L'un d'eux a précisé le besoin de former notamment les infirmiers en CMS, étant assez pérennes. Pour une meilleure prise en charge, 3 professionnels ont mentionné l'importance de connaître la conception océanienne de la santé et de la maladie : *« Ici tout passe par la culture locale. On ne pourra pas toucher les gens, notamment les mélanésiens et polynésiens sans passer par leurs visions culturelles. » (PS3, 37 ans, médecin généraliste)*. Enfin, 2 enquêtés ont explicité la nécessité de développer une consultation pied diabétique multidisciplinaire au CHT et à la clinique avec accès direct à un référent pour les médecins.

Modifications environnementales (alimentaires et physiques) : Au niveau de l'environnement alimentaire, 2 enquêtées ont exprimé le besoin de développer les jardins familiaux. L'une d'elle a évoqué la fermeture de la partie alimentaire très obésogène des stations-services et a souligné la pertinence de la taxe votée sur les produits sucrés : *« Je suis d'accord avec cette taxe sur les produits sucrés. Pour moi, c'est une mesure simple à mettre en place et qui serait forte. [...] Quand on touche au portefeuille, tu te poses la question 2 fois, on est tous pareil. » (PS3, 37 ans, médecin généraliste)*. Enfin, un autre a suggéré la création d'étiquettes préventives sur les produits sucrés. Quant à l'environnement physique, une enquêtée a explicité l'importance d'accroître les déplacements doux dans le Grand-Nouméa : *« Tout ce système de voiture, il est important. Mais les rues pour les vélos, le tanéo pour moi, c'est un bon truc. Il faudrait un tanéo partout en ville pour circuler et ne pas être obligé d'utiliser la voiture. Mais ça demande un gros changement et les gens ont du mal à l'accepter. » (PS1, 56 ans, infirmière d'éducation)*.

8.4. Résultats inhérents à l'étude de documents et aux observations

Les études de documents ont permis de connaître les modalités théoriques et les bilans d'activités des 3 actions du dispositif de podologie. En termes de moyens humains, en 2020, 5 pédicures-podologues intervenaient dans l'atelier d'éducation, 6 dans les vacations de podologie (un dans le Nord et 5 dans le Sud et les Îles) et 9 étaient conventionnés pour le forfait de soins. Ce dernier ne présentait aucun quota d'actes avant 2016, diminuant d'année en année (248 de 2016 à 2018 et 200 depuis 2019), et renouvelé, depuis 2020, sur l'activité réelle de l'année précédente dans la limite de 200 actes/an. Le nombre de CMS participant aux vacations a varié selon les années : en 2020, 23 CMS étaient desservis (4 en Province Sud, 5 dans les Îles Loyauté et 14 dans le Nord) et ce, entre une à 6 vacations (tous les 2 mois) au maximum. Pour 5 lieux (Lifou, Ouvéa, La Foa, Île des Pins et Yaté), les vacations étaient doublées de par le nombre de patients ou pour couvrir les 2 CMS sur les îles loyauté dans la même journée. Les CMS non desservis étaient Koumac et Bélep en Province Nord, Thio en Province Sud et Tadine (Maré) dans les Îles Loyauté de par des problèmes de transport (Bélep) ou organisationnels. Les observations directes ont permis de valider et parfois compléter les dires des pédicures-podologues et du médecin pilote par rapport aux modalités d'intervention des actions (*Annexes 37 à 39*). Ainsi, les 3 méthodes étaient concordantes sur les modalités d'intervention des actions. D'autre part, ces observations ont permis d'échanger avec les personnes diabétiques bénéficiaires, ces dernières étant très satisfaites de ces offres.

9. Discussion et préconisations

9.2. Les résultats

9.2.1. Déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications

Première Longue Maladie prise en charge et première cause d'amputation, de cécité, d'infarctus et d'insuffisance rénale et de dialyse, le diabète est à l'origine d'une crise sanitaire majeure en NC. Sa prévention et sa gestion ne peut se limiter qu'à la simple considération du système de santé. De nombreux DSS ont ainsi été mis en cause tant par les personnes diabétiques que les professionnels de santé (médecin pilote et professionnels de santé médicaux). Ils se déclinent au niveau des déterminants proximaux (origine ethnique, hérédité, habitudes de vie et comportements, compétences personnelles et sociales, caractéristiques socio-économiques, santé mentale et physique), intermédiaires (environnement alimentaire, familial, professionnel, communauté et voisinage, milieu d'hébergement, aménagement du territoire, système de santé et de services sociaux) et distaux (politiques publiques (santé et économie), contexte culturel et social, économique, scientifique et colonisation). Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants a servi de modèle pour la construction du cadre des DSS en cause dans le diabète et ses complications en NC (*Annexe 48*). Ainsi, la littérature sur le diabète et l'enquête ici menée montrent que de nombreux DSS similaires sont en jeu pour sa prévention et celle de ses complications. Ceux relevés dans cette enquête sont relativement cohérents avec la littérature sur le sujet. Toutefois, en termes d'environnement physique, il n'a pas été évoqué le bruit ou encore la pollution sonore, ce qui est compréhensible, ces résultats étant encore sujet à étude (173). Certains déterminants ont été, par contre, affirmés dans ce contexte océanien. Outre la présence du gène d'épargne chez les polynésiens, l'aspect culturel a particulièrement été mis en relief. Comme en Polynésie Française, bien manger demeure manger beaucoup pour l'ensemble de la population calédonienne (160). L'image du corps en bonne santé est alors en décalage avec celle des normes médicales et ce, dès le plus jeune âge. La conception océanienne de la santé et de la maladie prédomine ici. Les remèdes traditionnels ont une place importante, bien que parfois en confrontation avec la médecine occidentale, ils apparaissent de plus en plus associés. D'autre part, l'occidentalisation a contribué à l'émergence d'un environnement et d'un mode de vie calédonien obésogène et diabétogène s'étant accentué au fil des années de développement (141,145,146).

Quelques facteurs facilitants ont aussi émergé, certains agissant au niveau de la prévention et/ou de la gestion du diabète. La vie en tribu avec un mode de vie tribal est un facteur particulièrement intéressant, protecteur du diabète mais compliquant sa gestion. Néanmoins, l'occidentalisation étant de plus en plus présente, le mode de vie tribal exclusif se fait rare. Par ailleurs, bien que les représentations du diabète soient variables au niveau des personnes diabétiques interviewées, les connaissances sur la maladie et les MHD, la multiplicité des sources de savoirs et la présence d'un réseau social sont autant de facteurs aidant à la gestion du diabète. De même qu'un locus de contrôle interne qui renforce les MHD et leurs usages par une guérison réellement perçue. Enfin, bien que potentiel générateur de stress, l'ASG offre un contrôle de vie via une gestion chiffrée importante pour évaluer ses efforts face à l'épreuve du diabète ainsi qu'une adaptation de son apport alimentaire selon les occasions. Elle se transforme même en jeu pour les plus anciens diabétiques.

9.2.2. Le dispositif de podologie « Prévention des amputations »

Les 3 méthodes de recueil de données utilisées ont permis la connaissance théorique et réelle du dispositif de podologie de l'ASS-NC. Sa construction suite à un état des lieux du pied diabétique, en s'appuyant sur les données probantes de la littérature et en s'adaptant au contexte calédonien notamment en termes de démographie médicale et d'aménagement du territoire, prouve sa pertinence et cohérence. De ce fait, il s'appuie sur 4 stratégies de prévention de l'IWGDF (*Annexe 13*). L'efficacité des séances de soins de pédicurie-podologie a été plus que démontrée pour améliorer la santé et le bien-être des personnes diabétiques. L'absence de pédicures-podologues en dehors du Grand-Nouméa nécessitaient des vacations de podologie dans les CMS, lieux de

chute les plus adéquats, ainsi qu'une ouverture à tous les grades. Apparaît ici une première inégalité d'accès aux soins : en absence de moyens financiers suffisants et/ou de mutuelle, les diabétiques du Grand-Nouméa ne pourront y accéder avant le grade 2, conditions au forfait, à contrario de ceux de l'intérieur et des îles pris en charge dès le grade 0. La restriction du nombre d'actes (200 par an depuis 2019) réduit d'autant plus l'accès à ce forfait complet pour les grades 2 et 3. Pour 2020, son renouvellement effectué sur l'activité de l'année N-1 a accentué la diminution de l'offre. Autre inégalité, les vacations varient d'une jusqu'à 6 par an selon les CMS, les mieux desservis étant les 9 concernés des provinces Sud et Îles Loyauté avec 5 pédicures-podologues se les partageant au détriment du Nord avec un seul professionnel pour 14 CMS. De plus, aucune vacation n'a lieu dans 4 CMS. L'organisation interne du CMS est un critère important à leur efficience mais fortement fragilisée pour certains en raison du turn-over considérable du personnel soignant, principalement les médecins généralistes. Quant à la formation des professionnels de santé, pourtant essentielle pour la prévention des amputations, est peu effectuée sur site et dépendante de la motivation et la disponibilité des équipes du CMS. Outre ces soins, il est reconnu que l'ETP joue un rôle essentiel dans la gestion du diabète et dans la prévention des problèmes de soins des pieds (65,115,136). L'atelier d'éducation du Centre d'Éducation, conçu de manière à être culturellement adapté, est efficient mais constitue la seule offre d'éducation en milieu ambulatoire et reste limité au Grand-Nouméa. De plus, la localisation du Centre, depuis 2011, en plein centre-ville limite son accessibilité. En termes de dépistage du pied diabétique, cette action reste très dépendante des médecins généralistes et des diabétologues. Le consensus de l'IWGDF évoque également d'autres stratégies de prévention telle que la prise en charge multidisciplinaire du pied diabétique (65). L'unité et la consultation pied diabétique, offrant un parcours de soins multidisciplinaires construits, apparaissent comme des initiatives qui permettraient de réduire l'incidence des amputations des années à venir.

9.2.3. Le pied diabétique et son risque podologique

Au sein de la gestion du diabète, le pied diabétique trouve difficilement sa place. Cette enquête a montré une sensibilité assez disparate des professionnels de santé médicaux au pied diabétique (examens de dépistage et éducation) et à la gradation de son risque podologique. D'autant plus qu'aucune des personnes diabétiques interviewées ne connaissait le terme « risque podologique », ni son propre grade. Aussi, le suivi podologique n'est pas toujours une priorité. Par exemple, en CMS, la formation des professionnels de santé à la prévention et aux soins podologiques est très variable et principalement concentrée sur les soins de blessures graves. De façon similaire à la littérature, les professionnels de santé médicaux ont évoqué différentes raisons de leur intérêt fluctuant (glycémie priorisée, manque de temps, oubli des pieds dans le suivi, défaut de formation et/ou de pratique pour la gradation du risque podologique) (122,124,129). Outre, cette sensibilité des professionnels de santé, l'enquête de terrain a mis en lumière 4 types de facteurs facilitants et d'obstacles : ceux inhérents aux personnes diabétiques, aux professionnels de santé, au dispositif de podologie (cf 9.2.2.) et à l'environnement calédonien. Ainsi, au niveau des professionnels de santé, est également considéré l'attitude des soignants intervenant dans le suivi diabétique, l'appartenance calédonienne du soignant pouvant faciliter la création d'une relation de confiance et d'échange avec le soigné. Par ailleurs, d'autres professionnels comme les pédicures-podologues et les chirurgiens jouent aussi un rôle considérable. Bien que des baisses de motivation puissent être vécues, les pédicures-podologues sont particulièrement investis dans leur mission en diabétologie et multiplient leurs interventions. Enfin, le travail en multidisciplinarité est essentiel dans la prise en charge du pied diabétique tant pour la prévention que pour le soin (65) : la consultation pied diabétique en cabinet privé et l'unité pied diabétique de la clinique déployées en fin 2019 s'y inscrivent. Elles sont toutefois encore peu visibles par les professionnels de santé du pays.

Au niveau des personnes diabétiques, l'étude confirme plusieurs faits de la littérature. Celles-ci font face, en premier lieu, aux changements de comportements notamment alimentaires demandés par cette maladie et priorise le contrôle glycémique (114,125). D'autre part, bien que l'amputation des membres inférieurs soit connue, le processus demeure obscur, l'ensemble des complications

podologiques ainsi que les facteurs de risque n'étant pas forcément bien compris (101,102,115). Le lien pied/diabète reste fragile et difficile à appréhender comme l'affirme les professionnels de santé enquêtés d'où des comportements de prévention qui ne sont pas toujours adoptés (101). Même connus, les entretiens ont montré que cela n'engageait pas de facto leur usage (102). En effet, si l'efficacité des changements alimentaires et physiques peuvent être évalués à la fois au regard de l'ASG (lecteur de glycémie) et de l'HbA1c, les effets des comportements d'auto-surveillance et d'auto-soin du pied diabétique sont difficilement objectivables (35,115). De la sorte, les personnes diabétiques évoquent bien souvent ne pas en avoir besoin n'en voyant pas l'utilité et l'intérêt ou être en impossibilité de les effectuer seules (surpoids ou difficulté de se baisser avec l'âge) (35,60,115). Le pied est donc négligé comme l'expliquaient les professionnels de santé interviewés. En outre, l'attention variable apportée aux pieds par ces derniers n'engage pas les personnes diabétiques à considérer ce membre et à y apporter une importance. D'autant plus qu'ils ne connaissent pas leur risque podologique (102). L'expérience d'une plaie et/ou d'une amputation et la peur d'une récurrence ont entraîné le changement attendu, la représentation émotionnelle étant associée aux comportements d'auto-soin (103). Toutefois, il est noté une nécessité de dégradation de la blessure pour la prise de conscience. La blessure, notamment les ampoules, est bien souvent banalisée au premier abord. De plus, une certaine conduite à risque est encore observée : notre personne diabétique amputée retirant ses chaussures thérapeutiques à usage prolongé le soir dans sa maison, se sentant en sécurité mais l'appui demeure à lui-même un risque. Cette prise de risque minimisée peut s'expliquer par une réappropriation de la normalité de sa vie (102,107).

Enfin, l'étude a montré l'existence de freins et leviers au niveau de l'environnement calédonien. De par les résultats en termes de santé, les évaluations de la HAS ont conclu à une nécessité de prise en charge des séances des pédicures-podologues pour les grades 1 à 3 par les caisses d'assurance maladie, ce qu'assure celles métropolitaines pour les grades 2 et 3 à ce jour (80,85). Ainsi, l'absence flagrante de prise en charge par la CAFAT et les aides médicales constitue un frein majeur. D'autre part, le forfait de soins de l'ASS-NC n'est ouvert qu'une fois des complications détectées. Néanmoins, certaines mutuelles ont fait un effort de prise en charge d'une partie des séances dans une limite de nombre à l'année. En outre, de nombreux problèmes perdurent au niveau du chaussage professionnel et thérapeutique n'étant pas toujours adaptés au pays et sa population, les océaniens présentant des pieds larges. D'autant plus qu'en NC où la marche pieds nus et/ou en claquettes est culturelle, les pieds sont à risque lors de port de chaussures fermées. Des progrès ont néanmoins été faits au niveau du chaussage des vigiles de certaines sociétés par l'investissement d'une pédicure-podologue. En termes de chaussures thérapeutiques, celles en cuir ont été beaucoup prescrites à tort, étant pourvoyeuses de blessures dans un pays chaud. Enfin, la NC, au niveau de sa flore, présente des outils de prévention naturels et gratuits (aloe vera et pierre ponce) à considérer et à utiliser car une prévention culturellement axée augmentera son acceptabilité (136).

9.3. La méthode

9.3.1. Les forces de l'enquête

9.3.1.1. La méthodologie mise en œuvre

La méthodologie mise en œuvre constitue une des forces de cette enquête. Le choix de l'entretien semi-directif a été important. Ainsi, les personnes diabétiques ont pu partager librement leurs représentations, expériences et vécus du diabète, l'émergence de leurs perceptions offrant, à la fois, la compréhension de leurs conceptions et constructions autour de la maladie mais aussi la possibilité d'investir la subjectivité de ce savoir partagé. En effet, ceci a permis d'identifier les déterminants influençant la prévention du diabète et sa gestion et donc de penser des préconisations de promotion de la santé adaptées à la réalité des besoins. D'autre part, le point de vue des professionnels de santé, leurs représentations et expériences, étaient aussi importants à considérer pour comprendre cette multiplicité des déterminants dans le contexte de la NC. Ils ont pu également partager leurs représentations et expériences par rapport au pied diabétique et son risque podologique. D'autre

part, les modalités d'interventions des 3 actions du dispositif de podologie ont été étudiées dans leur globalité par les 3 méthodes appliquées (étude de documents, entretiens semi-directifs avec le médecin pilote et les pédicures-podologues et observations directes). Les observations directes ont permis une appropriation réelle du terrain de ces actions, leur connaissance ne se limitant ainsi pas qu'à un rapport de paroles et à l'étude de documents. Les entretiens ont aussi permis à l'ensemble des enquêtés d'exposer des pistes de réflexion pour améliorer la prévention des amputations.

9.3.1.2. L'enquêtrice

Être en stage au Centre d'Éducation a permis aux personnes diabétiques de voir et de considérer l'enquêtrice comme un membre de l'équipe. Ces personnes ayant une image de qualité du Centre et de ses membres, une relation de confiance et de proximité a pu se créer assez rapidement au cours des entretiens. D'autre part, se présenter comme calédonienne et utiliser le parler local a renforcé cette relation.

9.3.2. Les faiblesses de l'enquête

9.3.2.1. Biais de sélection de la population des personnes diabétiques

Une des principales faiblesses de cette enquête réside dans le choix de la population d'étude des personnes diabétiques. Du fait de contraintes financières et temporelles, il a été choisi d'interviewer celles du Centre d'Éducation, résidant principalement dans le Grand-Nouméa (Province Sud), de par leur proximité géographique et leur disponibilité dans le temps imparti. Bien que 2 des enquêtés étaient originaires du Sud (hors Grand-Nouméa) ou des Îles Loyauté, il aurait été intéressant d'échanger avec des personnes diabétiques y habitant encore. D'autre part, aucune personne diabétique de la Province Nord n'a été interviewée. Or, la représentation du diabète, sa gestion et le rapport au pied diabétique peut différer en dehors du Grand-Nouméa.

9.3.2.2. Biais de représentativité des professionnels de santé médicaux

La population des professionnels de santé médicaux ayant participé à l'enquête représente une deuxième limite notable. Ces derniers exerçaient principalement dans le Grand-Nouméa. Seul un professionnel de santé de CMS de Province Sud a répondu aux e-mails envoyés aux CMS et a été interviewé. Ainsi, les provinces Nord et Îles Loyauté n'étaient pas représentées en termes de professionnels de santé. Il aurait été pour autant intéressant de les interviewer, d'autres données pouvant émerger du fait des spécificités de ces provinces. En effet, une grande partie de celles-ci restent majoritairement rurales, la pêche, la chasse et l'agriculture étant des activités du quotidien. D'autre part, au niveau du système sanitaire, outre que la santé fasse l'objet d'une gestion provinciale, la démographie médicale reste très limitée notamment en termes de spécialistes. Enfin, un turn-over considérable des médecins généralistes est objectivé au sein de ces CMS.

9.3.2.3. Biais de subjectivité

La posture d'enquêtrice n'est pas toujours facile à adopter et conserver au cours d'une enquête. La position de stagiaire au sein du Centre d'Éducation et d'évaluatrice du dispositif de podologie a possiblement pu influencer les réponses des participants. Au début des entretiens, certaines personnes diabétiques ont pu centrer leurs discours selon les réponses attendues du Centre, la parole se libérant au fur et à mesure. Par ailleurs, interroger des professionnels de santé sur leur pratique médicale concernant le pied diabétique peut être délicat et dérangent. Enfin, l'analyse des entretiens semi-directifs, la création des grilles d'entretien et des tableaux récapitulatifs (avec mots clés et sous-catégories) et le classement des verbatims sont des exercices difficiles demandant de l'expérience et de la pratique. Il est donc important de considérer une possible subjectivité de l'enquêteur dans l'analyse des données.

9.4. Préconisations et propositions

Au cours de cette enquête, des pistes de réflexion pour améliorer la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques ont été soulevées et discutées tant avec les personnes diabétiques que les professionnels de santé. Ainsi, à l'aune de ses résultats, des préconisations ont pu être proposées selon une approche de promotion de la santé, celles-ci se déclinant selon les différents axes de la célèbre charte d'Ottawa. La prévention des amputations ne

se limitant pas qu'aux soins des pieds, elles considèrent la gestion globale du diabète et sa prévention, et proposent donc d'agir tant au niveau de DSS proximaux, intermédiaires et distaux, le diabète étant une maladie de société mettant en jeu une multiplicité de DSS. D'autre part, elles sont non seulement basées sur les résultats de l'enquête mais aussi sur les données probantes de la littérature et la connaissance du terrain calédonien. Toutefois, elles ne se veulent pas exhaustives du fait d'un manque de connaissance des possibilités dans les provinces Nord et Îles Loyauté.

L'objectif de ces 5 grandes préconisations est ainsi de proposer un environnement global favorable à la prévention et la gestion du diabète, et ce pour améliorer la santé et le bien-être des calédoniens.

9.4.1. Élaborer une politique publique saine et culturellement adaptée en matière de prévention et de gestion du diabète

Au sein de la promotion de la santé, il ne suffit pas de proposer une seule offre sanitaire efficace pour améliorer la prévention du diabète et de ses complications, la recherche démontrant que celle-ci ne contribue qu'à 25% à la santé d'une population. « La promotion de la santé [...] inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard » (201). Il est donc essentiel de promouvoir une politique publique saine et culturellement adaptée en matière de prévention et de gestion du diabète. Ainsi, dans cette première préconisation, 4 propositions ont été déclinées :

- Continuer le développement du plan de santé « Do Kamo, être épanoui » :

Le plan de santé Do Kamo promeut une refonte de la politique de santé en NC en favorisant la prévention et la promotion de la santé et ce, dans une vision holistique avec prise en compte des nombreux DSS. D'autant plus qu'il fut conçu sur la base d'apports anthropologiques et de processus participatifs ayant permis son ancrage au regard des réalités de terrain calédoniennes. Entre autres, la surcharge pondérale, encore non-reconnue comme priorité de santé publique de la NC et pourtant une problématique majeure du pays, est, enfin, particulièrement investie (167). Bien que ce plan court depuis 2 ans, il n'est qu'à ses débuts de mise en place. D'autant plus que le contexte politique actuel du pays retarde le déploiement des différentes actions du plan. En effet, la NC, depuis 2018, connaît une période de référendums d'auto-détermination successifs prévus dans le cadre de l'accord de Nouméa de 1998, les calédoniens devant se prononcer sur l'avenir du pays au sein de la France. L'économie est donc impactée. La crise sanitaire causée par le coronavirus, en 2020, n'a pas arrangé cette situation économique. Par exemple, les évacuations sanitaires (ÉVASAN) sur l'Australie ont connu une augmentation demandant plus de moyens financiers pour le curatif.

- Déployer la taxe sur les produits sucrés (taxe comportementale) :

En février 2020, le gouvernement de la NC a adopté un projet de loi du pays en vue d'appliquer une taxe sur certains produits sucrés (boissons sucrées, crèmes glacées et sorbets, confiseries et chocolats) dans le but de lutter contre l'obésité et le diabète (202,203). L'objectif de cette réglementation, issue du plan de santé Do Kamo, est ainsi de changer les comportements des consommateurs et d'abaisser la teneur en sucre des aliments définis par cette taxe. À ce jour, la loi n'est toujours pas appliquée, la taxation par grammes de sucre n'ayant pas encore été décidée et votée. Par la suite, elle devrait s'étendre aux biscuits, sauces industrielles et produits édulcorants. Son application réelle sera un pas important dans la lutte contre l'épidémie de diabète.

Si ces premières propositions s'appuient sur des mesures déjà existantes sur le territoire calédonien mais en attente de mises en œuvre, les suivantes n'ont pas encore été soulevées.

- Développer une réglementation générale sur la malbouffe :

Si la taxation des produits sucrés est une mesure phare de la réglementation sur la malbouffe, d'autres mesures seront nécessaires pour la compléter dû à un manque flagrant de connaissances des calédoniens sur ce sujet (discuté lors de l'enquête). Il conviendrait d'imposer la mise en place d'un nutri-score sur tous produits sucrés, nombre d'entre eux étant mal ou non-étiquetés selon l'Union Fédérale des Consommateurs (UFC) - Que Choisir de NC, afin d'offrir à la population un

choix éclairé (203). Deux autres mesures permettraient donc d'étayer cet arsenal : l'interdiction de produits sucrés en caisse et la réglementation des publicités sur les produits sucrés (203).

- Plaidoyer pour la mise en place d'un programme de promotion de la santé des pieds :

Au vu des résultats de l'enquête, les pieds calédoniens semblent présenter de nombreux problèmes. Il serait intéressant de pouvoir mener une étude de terrain pour en objectiver un état des lieux. Outre le pied diabétique, quelles sont les autres complications rencontrées ? Ainsi, si cet état des lieux venait à démontrer une situation préoccupante, il serait opportun que le gouvernement de la NC porte une priorité de santé publique sur la santé des pieds au même titre que celle bucco-dentaire ou sexuelle. Par exemple, les professionnels enquêtés ont notamment insisté sur une marche pieds nus et/ou en claquettes (souvent usées) fréquente sur l'île et pouvant provoquer un effondrement de la voûte plantaire et des douleurs. Ainsi, ce programme pourrait contenir des actions multiples sur le chaussage au niveau de la vie quotidienne et professionnelle. Bien que les pédicures-podologues aient engagé une dynamique pour adapter le chaussage professionnel en termes de chaussures de sécurité aux pieds océaniens, celle-ci n'a pas été suivie des faits. Il serait primordial de la remettre en place avec le soutien du SMIT. Un bon annuel pour une paire de chaussures quotidienne de qualité pourrait être proposé aux plus précaires. L'hygiène des pieds pourrait aussi être abordée dans ce programme et participerait aussi à la lutte contre la recrudescence de cas de leptospirose actuelle. Ces actions pourraient être complétées par une campagne de communication grand public faisant découvrir, par cette occasion, le métier de pédicures-podologues.

Ces différentes propositions vont bien au-delà de la seule prévention des amputations mais y participent grandement en permettant une meilleure gestion du diabète au niveau des pratiques alimentaires ou en offrant une prise de conscience de l'importance de la santé des pieds.

9.4.2. Réorienter les services de santé calédonien vers la prévention

Comme le promeut la charte d'Ottawa, « le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé » (201). Or, les résultats de l'enquête ont démontré un système de santé principalement accès sur le curatif pour le pied diabétique. En dehors du dispositif de podologie (forfait de soins et vacations), l'accès aux soins de pédicurie-podologie n'est possible que par adhésion à certaines mutuelles (remboursement partiel dans une limite souvent de 3 séances annuelles) et/ou sur finances personnelles. D'autre part, outre l'atelier d'éducation du dispositif, les 2 seules offres d'ETP en groupe se trouvent dans le milieu hospitalier et sur le Grand-Nouméa (Médipôle et clinique Kuindo-Magnin). Les personnes diabétiques résidant hors du Grand-Nouméa et n'ayant pas connu d'hospitalisation, n'ont probablement que peu de connaissances sur le pied diabétique. Ainsi, quant à cette deuxième préconisation, 4 propositions ont été énumérées :

- Instaurer la prise en charge des séances de soins de prévention des pédicures-podologues par la CAFAT et les aides médicales :

Il est nécessaire et urgent que la CAFAT et les aides médicales instaurent la lettre-clé POD et prennent donc en charge le forfait de soins podologiques déployé par l'ASS-NC à l'identique que l'assurance maladie en France. Dans un soucis de prévention similaire au bilan annuel des yeux, du cœur etc., il conviendrait qu'elles ajoutent au suivi diabétique annuel au moins une consultation de pédicurie-podologie pour les grades 0 et 1. Le pouvoir d'action des pédicures-podologues, dont l'efficacité des actions préventives et éducatives a été démontrée comme probante pour la prévention des amputations, serait alors augmenté. Une nuance est à apporter. En premier lieu, il serait essentiel que les caisses d'assurance maladie prennent en charge le forfait de soins podologiques pour que les professionnels ne soient plus contraints en nombre d'actes à l'année. La prise en charge des grades 0 et 1 est essentielle mais difficile à faire adopter en NC sachant que tel n'est pas le cas en France. Toutefois, l'ONPP et la FFD militent en ce sens (89,204). La HAS a ainsi été saisie par la FFD et a émis, en 2018, un avis positif pour la prise en charge d'une séance tous les 6 mois (dont un bilan annuel) pour les grades 1 par l'assurance maladie mais n'est pas encore en place à ce jour (80,204). De ce fait, ce bilan annuel pour les grades 0 et 1 pourrait être à la charge

de l'ASS-NC à condition que le forfait de soins soit supporté par la CAFAT et les aides médicales. D'autre part, si ces modifications sont apportées, l'ASS-NC pourrait augmenter le budget des vacations de podologie et accroître leur nombre, notamment dans les CMS peu desservis. Cette première proposition est ainsi majeure pour améliorer la prévention des amputations.

- Former les professionnels de santé au pied diabétique voire au diabète :

Cette proposition pourrait être un objectif opérationnel du programme Diabète en vue de réduire les complications du diabète, le pied diabétique et l'impact des amputations demeurant mal connus et/ou sous-estimés par les professionnels de santé. Il semble donc approprié de construire et déployer avec les diabétologues du territoire des formations continues (en présentiel et/ou sous forme de vidéos (55)) sur les différentes dimensions du pied diabétique (examens, éducation, soins et orientation). Il serait important de les compléter par la création et la distribution d'un document facilitateur pour le dépistage du pied diabétique et la gradation du risque podologique qui permettrait d'augmenter le suivi podologique par les médecins généralistes (56,205). Outre ce dépistage, il est essentiel que les professionnels de santé de premier relais (médecins généralistes et infirmiers), et d'autant ceux exerçant en dehors du Grand-Nouméa, connaissent de façon exhaustive les différents messages de prévention et les soins à apporter en cas de blessures (antibiotiques, décharges et orientation appropriée vers le diabétologue). Toutefois, le diabète étant le problème majeur de santé publique de la NC, il serait intéressant que les professionnels de santé de premier relais notamment de l'intérieur et des îles soient formés en diabétologie globalement pour pallier le manque de diabétologues même si une légère augmentation est prévue dans les années à venir. Réinstaurer les semaines de formation à la diabétologie effectuées en collégialité par le Médipôle et le Centre d'Éducation serait à considérer fortement. Ces formations permettraient aussi la mise en évidence des offres du territoire. En effet, au sein de l'enquête, des professionnels explicitaient le besoin d'un centre de soins multidisciplinaires pour le pied diabétique, n'étant pas informés de l'existence de la consultation multidisciplinaire et de l'unité pied diabétique déployées depuis fin 2019. Enfin, est actuellement examiné par la gouvernement de la NC, un avant-projet de loi sur l'inscription des IPA dans le code de la santé publique de la NC (206). Ils seraient déployés en Province Nord et Îles Loyauté et formés, en premier lieu, sur les pathologies chroniques dont le diabète. Cette formation d'IPA serait ainsi une réponse adéquate à la prise en charge en diabétologie dont le pied diabétique.

- Favoriser l'offre d'ETP au diabète (dont le pied diabétique) au sein du système de santé :

Suite à ces formations, il est indispensable de favoriser l'ETP au diabète et au pied diabétique au sein du système de santé calédonien. Le Centre d'Éducation constitue une des offres principales mais manque de visibilité notamment au niveau des professionnels de santé. Les médecins généralistes sont le relais entre les personnes diabétiques et le Centre en prescrivant le stage Diabète. Or, parmi les personnes diabétiques interviewées, certaines sont venues de leur propre initiative ou n'ont été orientées qu'après quelques années de diabète. Des actions publicitaires au niveau des professionnels de santé et du grand public sont à mener pour augmenter sa visibilité. D'autre part, SMS diab constitue une offre pertinente et appréciée d'ETP journalière pour les personnes diabétiques du Nord inscrite au dispositif, une enquête de satisfaction ayant objectivé une bonne acceptation des messages. Il serait donc intéressant de le développer au niveau territorial pour apporter un soutien quotidien aux personnes diabétiques. Enfin, le dispositif ASALEE serait approprié en dehors du Grand-Nouméa. En effet, de par la présence du Centre d'Éducation sur le Grand-Nouméa, la multiplication des messages pourrait avoir l'effet inverse de celui recherché. Néanmoins, dans les CMS de l'intérieur et des îles, la présence d'IDSP apporterait une grande avancée en termes d'ETP pour le diabète et les autres pathologies concernées. Ceci serait une aide précieuse pour les référents diabète qui sont, à ce jour, concentrés sur le suivi des examens.

- Former les professionnels de santé à l'approche océanienne de la santé et de la maladie :

L'Institut de Formation à l'Administration Publique (IFAP) propose déjà de telles formations, celles-ci étant dispensées par des anthropologues et des formateurs en cultures kanak et océaniques, sur Nouméa pour le Sud ou sur Koné pour le Nord (207,208). Elles sont ouvertes à tous personnel

soignant ou de l'action sociale exerçant en NC sur la base du volontariat. Toutefois, tous les professionnels de santé n'y participent pas et n'ont donc pas accès à ces informations. Plusieurs obstacles sont à soulever : le prix et le nombre restreint de formations (2 à 3) et de participants (une quinzaine). La NC, par son statut particulier, a l'avantage de pouvoir voter des lois du pays. Dans cette lignée, il paraîtrait important de légiférer une formation continue des professionnels de santé à l'approche océanienne de la santé et de la maladie, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'expatriés. Cette mesure devrait voir le jour dans cette décennie, le plan Do Kamo ayant instauré une action sur la formation obligatoire de tous les nouveaux professionnels médicaux arrivant en NC aux particularités culturelles, institutionnelles et épidémiologiques du pays (167).

9.4.3. Créer des milieux sains et favorables à la prévention et gestion du diabète

Selon la charte d'Ottawa, « l'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine » (201). Dans l'objectif d'améliorer la prévention des amputations, il est donc important de construire un environnement sain permettant d'effectuer les choix judicieux en termes d'alimentation et d'activités physiques. Ainsi, 4 propositions ont été énumérées au sein de cette troisième préconisation :

- Développer les jardins familiaux et le circuit-court alimentaire dans le Grand-Nouméa :

L'urbanisation du Grand-Nouméa a concentré nombre de personnes en appartement n'ayant pas la possibilité de cultiver la terre, grand manque pour les océaniens y étant particulièrement attachés. Développer le système de jardins familiaux existants, principalement sur la commune de Nouméa, à l'ensemble du Grand-Nouméa offrirait, en plus de cette couverture en besoins alimentaires, la création et le renforcement de cohésion sociale dans les quartiers de ces communes. D'autre part, la vie est chère de par le pourcentage de taxe appliqué sur les produits importés et s'en ressent particulièrement pour les ménages du Grand-Nouméa où la possibilité de cultiver reste moins importante que dans l'intérieur et les îles. Aussi, il est important d'y favoriser le circuit-court alimentaire avec un lien direct producteur-alimentaire ou avec la présence d'un seul intermédiaire au maximum. Aujourd'hui, il existe quelques initiatives en ce sens dans le Grand-Nouméa mais elles doivent être beaucoup plus plébiscitées vers le grand public par des campagnes de communication.

- Développer les déplacements doux dans le Grand-Nouméa :

La voiture est un élément emblématique de la vie calédonienne. Bien qu'essentielle en dehors du Grand-Nouméa, le Grand-Nouméa pourrait en diminuer son usage. Toutefois, les alternatives de déplacements notamment en modes doux sont peu développées, l'aménagement des communes ne le permettant pas. Les voies vélos restent peu présentes sur Nouméa et quasi-inexistantes dans les autres communes du Grand-Nouméa. Il est essentiel que les plans locaux d'urbanismes en termes de déplacements intègrent des possibilités pour ce mode de circulation dans les années à venir. La commune de Nouméa, s'étant engagée dans cette tendance, aménage progressivement ses quartiers. Enfin, le réseau Transport de l'Agglomération Néo-Calédonienne (Tanéo), en service depuis fin 2019, constitue, par sa flotte de bus et ses Néobus (Bus à Haut Niveau de Service (BHNS) avec ligne dédiée), l'alternative première à la voiture dans le Grand-Nouméa. Néanmoins, il doit renforcer ses possibilités de passage et son attractivité, la voiture étant encore largement favorisée.

- Modifier l'offre alimentaire proposée dans les stations-services calédoniennes :

À ce jour, l'offre alimentaire des stations-services est fortement obésogène et diabétogène. Étant les principaux points de chutes des calédoniens lors de leurs trajets notamment sur la Grande-Terre, il serait primordial de la réduire et de pouvoir proposer une offre alimentaire plus variée et saine. D'autant plus que ces stations-services pourraient être une vitrine des produits locaux des différentes communes de la NC. Cette proposition pourrait ainsi faire l'objet d'un projet de loi du Gouvernement de la NC luttant contre l'obésité et le diabète.

- Augmenter la connaissance du diabète en milieu professionnel :

Le diabète apparaît être encore un sujet tabou et ce, d'autant plus dans le milieu professionnel. Le fait de devoir le cacher au travail peut être générateur de stress et d'une mauvaise gestion de son

diabète. Des employeurs sensibilisés à cette maladie et proposant un environnement dans lequel la personne diabétique se sente en sécurité pour gérer son diabète est essentiel (44,45). Toutefois, le diabète au travail reste peu étudié au niveau mondial et encore plus en NC. Cette proposition pourrait devenir un objectif opérationnel du programme Diabète commençant par une étude de terrain dans le but d'identifier les obstacles vécus et les besoins des personnes diabétiques selon leur milieu professionnel. Une collaboration entre l'ASS-NC, le SMIT et les employeurs permettrait une co-construction de mesures d'adaptation en fonction des résultats obtenus.

9.4.4. Renforcer le poids de l'association des diabétiques de NC

Dans une perspective de renforcement de l'action communautaire, une des 5 stratégies clés de la promotion de la santé selon la charte d'Ottawa, le poids, la visibilité et les actions de l'association des diabétiques de NC seraient à renforcer. Elle est connue par de nombreux calédoniens pour sa démarche d'aller vers en termes de dépistage du diabète dans des foires, des fêtes locales ou encore des halls de centres commerciaux. Toutefois, elle semble perdre de son ampleur et de sa visibilité en termes d'actions pour et avec les personnes diabétiques, aucun des enquêtés ne l'ayant évoqué. Pour autant, elle mène quelques actions de solidarité telles qu'une aide pour des démarches administratives. Ou encore, depuis 2020, elle gère une banque alimentaire solidaire pour les personnes diabétiques dans le besoin et la précarité, les aidant à adopter les pratiques alimentaires attendues pour la gestion du diabète. Cette initiative offre aussi une diminution du risque de diabète pour leur famille (conjoint et enfants). En sus de ces mesures, il serait important de déployer et maintenir des activités entre pairs telles que des marches qui furent pratiquées un temps. Des soirées à thème avec intervention de professionnels de santé dont les pédicures-podologues pourraient également être développées.

9.4.5. Acquérir des aptitudes individuelles

Outre les 4 grandes préconisations déclinées ci-dessus, il est indispensable dans une approche de promotion de la santé « de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques ». Pour cela, « la promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux » (201). La notion d'empowerment est aussi utilisée pour décrire cette acquisition d'aptitudes individuelles. Ainsi, 4 propositions ont été déclinées au niveau de cette cinquième et dernière préconisation :

- Développer une éducation sanitaire dès l'enfance :

Le DT2 étant de plus en plus fréquent chez les adolescents en NC, sa prévention doit passer par une éducation sanitaire pertinente commençant dès le plus jeune âge et abordant des thèmes divers (alimentation, activité physique au quotidien et hygiène dont celle des pieds). Au niveau de l'école primaire, le programme « Réussir, Être Bien, Être Ensemble (REBEE) », initié en 2017, vient d'être déployé depuis la rentrée 2020 dans toutes les écoles primaires publiques de NC et donne ainsi vie à l'éducation pour la santé (209). Il participe à cette éducation sanitaire par l'apprentissage entre autres de connaissances sur le corps et la santé et la capacité de prendre soin de soi-même et des autres (210). Dans le but de maintenir et renforcer ces acquis, il serait important de continuer cette initiative au niveau des établissements secondaires (collèges et lycées). Un projet de loi du pays en vue de créer une matière d'éducation sanitaire orientée sur les problèmes de santé publique du pays pourrait être envisagé. Au même titre que l'éducation civique participe à la formation d'individus socialement intégrés, l'éducation sanitaire participerait à celle d'individus autonomes effectuant des choix éclairés et judicieux. Cette proposition va donc bien au-delà des seules personnes diabétiques mais est essentielle dans ce contexte d'explosion du nombre de cas de diabète.

Outre cette première proposition ciblée sur les enfants et adolescents, les suivantes visent les personnes diabétiques et potentiellement leur entourage.

- Créer et déployer des outils éducatifs appropriés et culturellement adaptés pour la prévention des amputations :

Le manque de moyens financiers est souvent mis en avant comme obstacle aux soins des pieds et à la prévention des amputations. De même que l'intérêt non perçu de cette prévention par les personnes diabétiques, celui-ci étant renforcé par un manque d'attention des professionnels de santé pour les pieds dans le suivi diabétique. De ce fait, il paraîtrait intéressant de développer une trousse de prévention du pied remis à chaque personne diabétique. Le contenu serait à définir après un travail participatif avec les membres du comité de pilotage et le médecin pilote du programme Diabète, des pédicures-podologues et des personnes diabétiques. Toutefois, pour être efficiente, elle doit être culturellement adaptée à la population (136). Ainsi, elle pourrait et devrait présenter des outils de prévention naturels, gratuits et connus des calédoniens pour une réutilisation future grâce à un accès facilité dans l'environnement. L'aloë vera et la pierre ponce constitueraient 2 outils essentiels tout en étant accompagnés d'une brochure de prévention. Il serait envisageable d'utiliser celle de l'atelier du Centre d'Éducation, adaptée aux besoins de la population calédonienne.

- Créer et déployer une campagne de communication « Bien vivre avec son diabète » :

Bien que la société multiethnique de la NC entraîne une compréhension parfois différente des messages de santé, une campagne culturellement construite sur le bien-vivre avec son diabète semble être une nécessité à ce jour. D'autant plus qu'elle permettrait de sensibiliser les proches sur le diabète et son suivi. Toutefois, une telle action est à penser en collégialité avec le comité de pilotage du programme Diabète. Certains d'entre eux préfèrent, en effet, miser sur des visites éducatives thérapeutiques mais cela reste à étudier de manière approfondie notamment leur acceptabilité. Pour une pleine efficacité de cette campagne, il serait essentiel de la co-construire avec des anthropologues et de façon participative avec des personnes diabétiques pour la production de discours prenant en compte le vécu de la maladie (211).

- Développer et améliorer l'offre d'ETP au diabète (dont le pied diabétique) :

Cette recommandation découle de la suite logique de la proposition favorisant l'offre d'ETP au niveau de la deuxième préconisation. Au vu du coût occasionné par le diabète en NC, il est urgent d'offrir une ETP à chaque personne diabétique et de l'imposer dans le suivi de chaque nouveau diabétique diagnostiqué. Le Centre d'Éducation deviendrait alors une étape inéluctable. Concernant son atelier « Des pieds en bonne santé », il pourrait être suivi d'une évaluation obligatoire et non optionnelle des pieds de chaque personne diabétique avec l'annonce du grade. Très attachées aux chiffres pour le suivi de leur diabète, cela pourrait les engager dans une routine de prévention déclinée selon le grade. Il serait intéressant d'appuyer cette ETP par l'usage d'échelles d'auto-soins des pieds par les professionnels de santé, permettant d'objectiver le comportement des personnes diabétiques en matière de soins des pieds (212,213). Enfin, l'ETP se doit d'être le plus holistique possible. Une collaboration entre le Centre d'Éducation et le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Nouméa permettrait d'instaurer un atelier sur la gestion de son budget au quotidien. Cette obligation ne pourrait pas s'appliquer aux personnes diabétiques des îles et du nord en l'état actuel et ne passerait pas par le Centre mais par une des options déclinées précédemment. D'autre part, la concentration de l'offre du Centre d'Éducation sur Nouméa peut être problématique pour les habitants des autres communes du Grand-Nouméa. Néanmoins, avant de développer des ateliers d'éducation au diabète dans les maisons de quartier, il faut en étudier la faisabilité en termes de ressources humaines, financières et matérielles. Il serait toutefois faisable d'y intervenir sous forme de réunions d'informations sur le diabète animées par différents professionnels de santé. Enfin, il serait intéressant de réinstaurer de façon structurée les journées de marche d'éducation dans l'intérieur et les îles, les initiatives actuelles étant très dépendantes des équipes de soignants en place dans les CMS.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'enquête de terrain menée et exposée dans ce mémoire a permis de comprendre la réalité du diabète et du pied diabétique en NC par la mise en évidence notamment des DSS influençant la prévention du diabète et de ses complications. À l'aune des résultats de cette enquête, il a pu être possible de proposer des préconisations cohérentes avec le terrain calédonien et les données probantes existantes dans l'objectif, in fine, d'améliorer la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC, cette complication du diabète étant encore très voire trop fréquente. Le diabète, notamment de type 2, étant la pathologie de ce pays du Pacifique comme dans tant d'autres îles océaniques, il est essentiel de favoriser l'accès à l'ETP au diabète, celle-ci devant être culturellement adaptée et la plus holistique possible. Il est également important de s'assurer du suivi diabétique de tous les organes impactés et de leurs prises en charge. Les pieds sont bien souvent les laisser pour compte tant par les personnes diabétiques, les professionnels de santé que les caisses d'assurance maladie calédoniennes tournées exclusivement vers le curatif. Bien qu'essentiel, le dispositif de podologie de l'ASS-NC manque de puissance à ce jour. Outre ces changements à effectuer au niveau du système de santé et des individus, l'élaboration d'une politique publique saine et culturellement adaptée est primordiale, celle-ci passant par le plan de santé Do Kamo et ses différentes actions (dont la taxe sur les produits sucrés) mais aussi par la promotion d'une réglementation générale sur la malbouffe ainsi que par un plaidoyer pour la santé des pieds calédoniens. D'autre part, des changements sont à considérer dans l'environnement calédonien ainsi que dans son action communautaire à destination des personnes diabétiques. Aussi, ces préconisations déclinées au niveau de l'ensemble des axes de la charte d'Ottawa démontrent que la promotion de la santé trouve toute sa place pour améliorer la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques, et ce, en considérant leur bien-être. Elles permettent à la fois une amélioration de la gestion du diabète dans son ensemble mais aussi de sa prévention. En effet, pour prévenir les UPD et les amputations, il ne suffit pas seulement de prendre soin de ses pieds, il est indispensable d'avoir un diabète équilibré au long-terme et donc le moins possible de fluctuations de la glycémie au fil du temps. Or, cette équilibration du diabète s'obtient par des mesures bien souvent similaires à celles intervenant dans sa prévention et participant à la santé et au bien-être de tous les calédoniens.

Effectuer mon stage de Master 2 au sein de l'ASS-NC sur la problématique du diabète, plus précisément du pied diabétique, a été particulièrement enrichissant étant fortement engagée contre cette maladie touchant quasiment toutes les familles de la NC. L'enquête de ce mémoire et l'évaluation du dispositif de podologie m'ont montré à quel point des avancées sont nécessaires pour la prévention et la gestion du diabète en NC. À ce jour et depuis 1994, le diabète demeure une priorité de santé publique du pays qui n'a cessé de prendre de l'ampleur avec une prévalence de personnes diabétiques suivies ayant été multipliée par 6 en 23 ans. De nombreux moyens sont déployés pour améliorer la qualité de vie et éviter les complications, bien qu'un ticket modérateur ait été instauré pour les longues maladies depuis juillet 2020. La prévention du diabète apparaît, quant à elle, nébuleuse, le plan de santé Do Kamo ayant repris cette dernière à son compte mais n'étant pas encore mise en place. La prévention d'une telle maladie et ce, en présence de facteurs génétiques et culturels la favorisant, est indispensable à débiter dès le plus jeune âge. Le programme de promotion de la santé REBEE, déployé au sein des écoles primaires publiques depuis la rentrée 2020, aborde entre autres les notions d'hygiène, d'alimentation et d'activité physique. Bien qu'aucune évaluation n'est encore disponible, il apparaît comme une grande avancée dans cette prévention. Si les résultats sont pertinents, le poursuivre au niveau de l'enseignement secondaire serait essentiel pour maintenir et renforcer les connaissances et comportements acquis dans l'enfance. D'autant plus que même si ces enfants deviennent diabétiques, des connaissances d'hygiène de vie seront présentes et à renforcer par l'ETP au diabète.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fédération Internationale du Diabète (FID). L'atlas du Diabète de la Fédération Internationale du Diabète - 9ème édition 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 10]. Available from: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-FRENCH-BOOK.pdf
2. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC). Rapport d'activités ASS-NC 2014. Les actions de promotion de la santé [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/nos-rapports-d-activite>
3. ASS-NC. L'agence. Nos missions - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 30]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/nos-missions>
4. ASS-NC. L'agence. Qui sommes-nous ? - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 30]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/qui-sommes-nous>
5. ASS-NC. Rapport compte administratif 2018 [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 27]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/nos-rapports-d-activite>
6. ASS-NC. Rapport d'activités ASS-NC 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 27]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/nos-rapports-d-activite>
7. ASS-NC. L'agence. Notre budget et nos recettes - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 30]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/notre-budget-et-nos-recettes>
8. ASS-NC. L'agence. Notre organisation - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 30]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/notre-organisation>
9. ASS-NC. Addictions. Présentation - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/addictions/presentation>
10. ASS-NC. Mes Dents, Ma Santé. Contexte calédonien : Évaluations qualitatives - Santé pour tous [Internet]. S.d. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/mes-dents-ma-sante/contexte-caledonien/evaluations-qualitatives>
11. ASS-NC. Cancer du sein. Ce qu'on vous propose - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/cancer-du-sein/ce-qu-on-vous-propose>
12. ASS-NC. Cancer du col de l'utérus. Ce qu'on vous propose - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/cancer-du-col-de-l-uterus/ce-qu-on-vous-propose>
13. ASS-NC. Diabète. Un centre pour m'aider - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/diabete/un-centre-pour-vous-aider/introduction>
14. ASS-NC. RAA. Le RAA en NC - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/raa/le-raa-en-nc/introduction>
15. ASS-NC. Les chiffres. Présentation - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/la-sante-en-chiffre/presentation>
16. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. [Internet]. Santé Publique France; 2018 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/le-poids-du-diabete-en-france-en-2016.->

17. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Diabète [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
18. Fédération Française des Diabétiques (FFD). La glycémie [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie>
19. Sherwood L. Physiologie humaine. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2014.
20. Diabète Québec. Qu'est-ce que l'insuline ? [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/soins-et-traitements/medicaments-et-insuline/linsuline/>
21. FFD. L'insuline : le traitement du diabète par l'insulinothérapie [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/traitement-diabete/insuline>
22. Drouin P, Blickle JF, Charbonnel B, Eschwege E, Guillausseau PJ, Plouin PF, et al. Diagnostic et classification du diabète sucré les nouveaux critères. *Diabetes Metab.* 1999;25(1):72.
23. Changing diabetes. Le diabète dans le monde | Diabete.fr [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.diabete.fr/comprendre/diabete/le-diabete-dans-le-monde>
24. Santé Publique France. Le diabète en France en 2016 : état des lieux [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 10]. Available from: </liste-des-actualites/le-diabete-en-france-en-2016-etat-des-lieux>
25. Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2017 Nov 14;(27–28):586–91.
26. FFD. La prise en charge dans le cadre de l'affection longue durée (ALD) [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/aspects-juridiques-sociaux/affection-longue-duree>
27. Punthakee Z, Goldenberg R, Katz P. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. *Can J Diabetes.* 2018 Apr;42:S10–5.
28. FFD. Qu'est-ce que le diabète ? [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete>
29. ASS-NC. Programme Diabète 2012-2016 [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/component/phocadownload/category/146-texte-reglementaire?download=199:programme-diabete-2012-2016>
30. OMS. L'épidémie de diabète en Europe [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 2011 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/news/2011/11/diabetes-epidemic-in-europe>
31. Santé Publique France. Diabète et niveau socio-économique [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 10]. Available from: </maladies-et-traumatismes/diabete/diabete-et-niveau-socio-economique>
32. Cohen-Scali J. La maladie chronique comme recomposition du social : diabète, malades, experts [Thèse de docteur en science politique]. [Montpellier, France]: Université Montpellier I; 2014.
33. Tijou-Traoré A. L'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez des

patients diabétiques à Bamako (Mali). *Sci Soc Santé*. 2010;28(4):41–76.

34. Savall A. Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier. *Sci Soc Santé*. 2017 Mar 24;35(1):5–30.
35. Mathieu-Fritz A, Guillot C. Les dispositifs d'autosurveillance du diabète et les transformations du « travail du patient ». Les nouvelles formes de temporalité, de réflexivité et de connaissance de soi liées à l'expérience de la maladie chronique. *Rev d'Anthropologie des Connaiss*. 2017 Apr;11(4):641–75.
36. Vuilleumier N. Diabète de type 2 et vie professionnelle : un regard corporo-sociéto-psychologique sur l'expérience vécue [Mémoire de Master en Psychologie de la santé : approche historico-culturelle]. [Lausanne, Suisse]: Université de Lausanne; 2017.
37. Awah PK. An Ethnographic Study of Diabetes: Implications for the Application of Patient Centred Care in Cameroon. Campbell B, editor. *J Anthropol*. 2014 Aug 26;2014:937898.
38. Salemi O. Pratiques alimentaires des diabétiques. Étude de quelques cas à Oran (Algérie). *Économie Rurale*. 2010 Oct;(318–319):80–95.
39. de Wit M, Trief PM, Huber JW, Willaing I. State of the art: understanding and integration of the social context in diabetes care. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 2020 Mar;37(3):473–82.
40. Bernard P. Vécu et représentations mentales de la maladie chez des patients diabétiques de type 2 : étude préliminaire [Thèse de médecine générale]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2006.
41. Gobatto I, Tijou-Traoré A. Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali. *Rev d'Anthropologie des Connaiss*. 2011 Dec 28;5(3):509–32.
42. Poulain J-P. Sociologies de l'alimentation. les mangeurs et l'espace social alimentaire. Paris: Presses Universitaires de France; 2002.
43. Lahlou S. Penser-manger. Paris: Presses Universitaires de France; 1998.
44. A R, A S, B F. Diabetes in the workplace - diabetic's perceptions and experiences of managing their disease at work: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2013 Apr 25;13(386):1–10.
45. Si D, Ja H, Jb H, Fj van D. What employees with diabetes mellitus need to cope at work: views of employees and health professionals. *Patient Educ Couns*. 2006 Dec;64(1–3):185–90.
46. Schindler M. Le diabète philosophe. *Socio-Anthropol*. 2014 Jun 15;(29):71–81.
47. Baszanger I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Rev Fr Sociol*. 1986;27(1):3–27.
48. Nguyen-Vaillant M-F. Le carnet de surveillance dans le diabète. *Rev d'Anthropologie des Connaiss*. 2010 Sep 15;4(2):380–408.
49. Corbin J, Strauss A. Managing chronic illness at home: Three lines of work. *Qual Sociol*. 1985 Sep;8(3):224–47.
50. Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. Social Organization of Medical Work. *Am Ethnol*. 1986;13(3):586–7.
51. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris, France: Presses Universitaires de France; 2013.

52. Pooley CG, Gerrard C, Hollis S, Morton S, Astbury J. 'Oh it's a wonderful practice... you can talk to them': a qualitative study of patients' and health professionals' views on the management of type 2 diabetes. *Health Soc Care Community*. 2001 Sep;9(5):318–26.
53. Office québécois de la langue française. Pied diabétique [Internet]. 2006 [cited 2020 Mar 16]. Available from: http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8372935
54. Belou G, Bertoglio J, Bouly M, Cohen solal P, Desserprix A, Grumbach M-L, et al. Référentiel de bonnes pratiques pour la prévention et le traitement local des troubles trophiques chez les patients diabétiques à haut risque podologique. *Médecine Mal Métaboliques*. 2015 Mar;9(Hors série n°1):1–34.
55. Levanic A. Comment améliorer la prise en charge du pied diabétique: épidémiologie du recrutement du CHU de Grenoble, démographie sanitaire, formation des soignants : à propos de la réalisation d'une vidéo-formation. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2014.
56. Lucas N. Prévention du 'pied diabétique' en médecine générale : proposition et évaluation d'un outil d'aide au dépistage en Haute-Normandie [Thèse de médecine générale]. [Rouen, France]: Université de Rouen Normandie; 2016.
57. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Recommandations International Working Group on the Diabetic Foot - Groupe International de Travail sur le Pied Diabétique [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 10]. Available from: https://www.sfdiabet.org/sites/www.sfdiabet.org/files/files/Recos-R%C3%A9f%C3%A9rentiels/Recommandations_IWGDF_2011.pdf
58. Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française (SCVE). Qu'est ce que l'artérite diabétique ? / Artérite des membres inférieurs chez le malade diabétique / Maladies / Patients et Professionnels [Internet]. s.d [cited 2020 Mar 17]. Available from: <http://www.vasculaire.com/fr/Maladies/Arterite-des-membres-inferieurs-chez-le-malade-diabetique/I-Qu-est-ce-que-l-arterite-diabetique>
59. Embil JM, Albalawi Z, Bowering K, Trepman E. 2018 Clinical Practice Guidelines. Foot Care. Diabetes Canada Clinical practice Guidelines Expert Committee. *Can J Diabetes*. 2018 Apr;42:S222–7.
60. Heurtier A, Grimaldi A, Bosquet F, Cornet P, Masseboeuf N, Popelier M, et al. Guide pratique du diabète. 2ème édition actualisée. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2003. xxi+336.
61. Ékoé J-M. Le pied diabétique. *Le clinicien*. 2002 Apr;17(4):92–102.
62. Benhamou AC, Dadon M, Emmerich J, Fontaine P, Got I, Guillausseau PJ, et al. Artériopathie des membres inférieurs chez le diabétique. *Diabetes Metab*. 2008 Feb 17;23(6):541.
63. Bourron O. Dossier : Plaie du pied chez un patient diabétique. *Rev Prat - Médecine Générale*. 2013 Feb;27(896):155–60.
64. Équipe podologique du Centre Universitaire du Diabète et de ses Complications (CUDC). Du côté des patients. PÉDIMÉMO - Comment prendre soin de ses pieds quand on a un diabète ? [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 23]. Available from: https://www.diabete.fr/sites/default/files/inline-files/Br%20PEDIMEMO%20Patient_1.pdf
65. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Hinchliffe RJ, Lipsky BA. IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/IWGDF-Guidelines-2019.pdf>

66. Office québécois de la langue française. Amputation [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 22]. Available from: http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8359677
67. Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med*. 2016 Nov 3;49(2):106–16.
68. Crawford F, Cezard G, Chappell FM, Murray GD, Price JF, Sheikh A, et al. A systematic review and individual patient data meta-analysis of prognostic factors for foot ulceration in people with diabetes: the international research collaboration for the prediction of diabetic foot ulcerations (PODUS). *Health Technol Assess Winch Engl*. 2015 Jul;19(57):1–210.
69. Monteiro-Soares M, Boyko EJ, Ribeiro J, Ribeiro I, Dinis-Ribeiro M. Predictive factors for diabetic foot ulceration : a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012 Oct;28(7):574–600.
70. Pham H, Armstrong DG, Harvey C, Harkless LB, Giurini JM, Veves A. Screening techniques to identify people at high risk for diabetic foot ulceration : a prospective multicenter trial. *Diabetes Care*. 2000 May;23(5):606–11.
71. Office québécois de la langue française. Hémoglobine glyquée [Internet]. 1999 [cited 2020 Mar 23]. Available from: http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8385656
72. Fédération Française des Diabétiques (FFD). L'HbA1c ou hémoglobine glyquée [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c>
73. Médecine Sorbonne Université. Étude du D.C.C.T : Diabetes Control and Complications Trial Research Group [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.11.html>
74. Médecine Sorbonne Université. Étude de l'U.K.P.D.S : United Kingdom Prospective Diabetes Study [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.12.html>
75. Pin C, Peter-Riesch B, Philippe J. Évaluation et prise en charge du pied diabétique. *Rev Médicale Suisse*. 2003 Jun 4;1(2440):23066.
76. Sultan A. La diabétologie en médecine générale. Plaies du pied diabétique. Faire mieux en prévention. *Le quotidien du médecin* [Internet]. 2018 Jul 2 [cited 2020 Mar 22];10. Available from: https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/QDM/qdm_juillet2018.pdf
77. Ha Van G. Le pied diabétique. *Lett Médecin Vasc*. 2019 Jun;(47):13–39.
78. Centre Européen d'Étude du Diabète (CEED). Les chiffres [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>
79. Schofield CJ, Libby G, Brennan GM, MacAlpine RR, Morris AD, Leese GP, et al. Mortality and hospitalization in patients after amputation: a comparison between patients with and without diabetes. *Diabetes Care*. 2006 Oct;29(10):2252–6.
80. HAS Service évaluation des actes professionnels. Évaluation des actes réalisés par le pédicure-podologue pour la prévention des lésions, des pieds à risque de grade 1, chez le patient diabétique. Actualisation de l'évaluation conduite en 2007 [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 22]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2860579/fr/evaluation-des-actes-realises-par-le-pedicure-podologue-pour-la-prevention-des-lesions-des-pieds-a-risque-de-grade-1-chez-le-patient-diabetique-actualisation-de-l-evaluation-conduite-en-2007
81. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Hartemann A. Inégalités sociales et territoriales de

santé dans la prise en charge du pied diabétique, en France, en 2015. *Médecine Mal Métaboliques*. 2016 Oct 1;10(6):501–8.

82. Ray JA, Valentine WJ, Secnik K, Oglesby AK, Cordony A, Gordoys A, et al. Review of the cost of diabetes complications in Australia, Canada, France, Germany, Italy and Spain. *Curr Med Res Opin*. 2005 Oct;21(10):1617–29.
83. Madiou J-P. Dossier : Le diabète, ce n'est pas qu'une histoire de sucre ! | Diabete.fr [Internet]. Changing diabetes. 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.diabete.fr/comprendre/au-coeur-du-diabete/le-diabete-ce-nest-pas-quune-histoire-de-sucre>
84. Bouche C. Connaître son risque podologique quand on a un diabète | Diabete.fr [Internet]. Changing diabetes. 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.diabete.fr/comprendre/complications/connaître-son-risque-podologique-quand-on-a-un-diabete>
85. Ameli. Diabète : le suivi des pieds [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-suivi/suivi-pieds>
86. Leutenegger M, Malgrange D, Boccalon H, Fontaine P, Got I, Valensi P, et al. Le Pied Diabétique [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: https://www.fmc-tourcoing.org/PROGRAMME_FMC/DIABETE_10_00/DIABETEFMI/alfediam-pied.html#3
87. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations professionnelles. Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques (polyneuropathies et mononeuropathies multiples) [Internet]. 2007 [cited 2020 Mar 25]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/diagnostic_neuropathies_peripheriques_recommandations.pdf
88. Gin H, Rigalleau V. Dépistage de la neuropathie périphérique : quels outils ? *Diabetes Metab*. 2008 Feb 17;28(3):250–4.
89. Ordre National des Pédicures-Podologues (ONPP). Les états généraux du diabète et des diabétiques. Contribution de l'Ordre national des pédicures-podologues [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 24]. Available from: <https://www.onpp.fr/assets/cnopp/fichiers/publications/Contribution-ONPP-Diabete-EGx-VF2.pdf>
90. Varroud-Vial M, Olocco M. Les réseaux de santé Diabète : quel bilan ? quel avenir ? *Médecine Mal Métaboliques*. 2007 Jun;1(2):75–9.
91. Arrêté du 24 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les pédicures-podologues libéraux et les caisses d'assurance maladie. Dec 24, 2007.
92. Garcia F. Diabète - Podologie - Orthoptie. *Rev Francoph Orthopt*. 2013 Dec;6(4):177–83.
93. Ameli. Diabète : prévenir les complications du pied [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 30]. Available from: <https://www.ameli.fr/pedicure-podologue/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/situation-patient-diabete/situation-patient-diabete>
94. Ha Van G, Amouyal C, Perrier A, Haddad J, Bensimon Y, Bourron O, et al. Pied diabétique. *EMC-Endocrinol-Nutr*. 2018 Oct;15(4):1–21.
95. Besse J-L, Leemrijse T, Deleu P-A. Le pied diabétique : place de la chirurgie orthopédique. *Rev Chir Orthopédique Traumatol*. 2011 May 1;97(3):302–19.

96. Zingg M, Ray A, Suva D, Uçkay I, Nicodème J-D. Amputations du membre inférieur : indications, bilan et complications. *Rev Médicale Suisse*. 2014;10(455):2409–13.
97. McCabe CJ, Stevenson RC, Dolan AM. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 1998 Jan;15(1):80–4.
98. Hamonet J, Verdié-Kessler C, Daviet J-C, Denes E, Nguyen-Hoang C-L, Salle J-Y, et al. Evaluation of a multidisciplinary consultation of diabetic foot. *Ann Phys Rehabil Med*. 2010 Jun;53(5):306–18.
99. Dargis V, Pantelejeva O, Jonushaite A, Vileikyte L, Boulton AJ. Benefits of a multidisciplinary approach in the management of recurrent diabetic foot ulceration in Lithuania: a prospective study. *Diabetes Care*. 1999 Sep;22(9):1428–31.
100. Pereira MG, Pedras S, Ferreira G. Self-reported adherence to foot care in type 2 diabetes patients: do illness representations and distress matter? *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20(e40):1–8.
101. Gale L, Vedhara K, Searle A, Kemple T, Campbell R. Patients' perspectives on foot complications in type 2 diabetes: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2008 Aug 1;58(553):555–63.
102. Coffey L, Mahon C, Gallagher P. Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: A qualitative meta-synthesis. *Int Wound J*. 2019;16(1):183–210.
103. Scollan-Koliopoulos M, Walker EA, Bleich D. Perceived risk of amputation, emotions, and foot self-care among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2010;36(3):473–82.
104. Feinglass J, Shively VP, Martin GJ, Huang ME, Soriano RH, Rodriguez HE, et al. How 'preventable' are lower extremity amputations? A qualitative study of patient perceptions of precipitating factors. *Disabil Rehabil*. 2012;34(25):2158–65.
105. Marchand C, Ciangura C, Griffe V, Pinosa C, HaVan G, Hartemann A, et al. Barriers to preventive and curative foot care behaviors in person with diabetes. Suggestions for therapeutic patient education. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2012 Dec 1;4(2):S135–42.
106. Fox A. Innocent beginnings, uncertain futures: Exploring the challenges of living with diabetic foot ulcers. *Can J Diabetes*. 2005 Jan 1;29(2):105–10.
107. Beattie AM, Campbell R, Vedhara K. 'What ever I do it's a lost cause.' The emotional and behavioural experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2014 Jun;17(3):429–39.
108. Vileikyte L. Psychosocial and behavioral aspects of diabetic foot lesions. *Curr Diab Rep*. 2008 Apr;8(2):119–25.
109. Foster D, Lauver LS. When a diabetic foot ulcer results in amputation: a qualitative study of the lived experience of 15 patients. *Ostomy Wound Manage*. 2014 Nov;60(11):16–22.
110. Abbassi A, Bouafia N, Ben Mabrouk M, Jarboui S, Jarreya H, Hakim M, et al. Description de la qualité de vie chez les personnes atteintes d'ulcère du pied diabétique. *Rev Podol*. 2016 Oct 20;12(71):22–4.
111. Colotte V, Grandmaire M. C6-1 - Étude sociologique sur le pied diabétique. EM-Consulte [Internet]. 2002 Oct [cited 2020 Jul 29];50(Sup 4):1. Available from: [https://www.em-](https://www.em-consulte.com/fr/medecine/diabetologie/le-pied-diabetique)

112. Bayar I, Hasni Y, Abdelkarim AB, Kacem M, Chadli M, Maaroufi A, et al. Evaluation des connaissances des patients diabétiques sur le pied diabétique. Résumés des communications du congrès annuel de la SFD et de la SFD Paramédical. 2018;44(6):1.
113. Tin STW, Gadabu E, Iro G, Tasserei J, Colagiuri R. Diabetes related amputations in Pacific Islands countries: a root cause analysis of precipitating events. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013 May 1;100(2):230–4.
114. Delhay H. Freins à la prévention du pied diabétique en médecine générale : étude qualitative auprès de patients [Thèse de médecine générale]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
115. Bus SA, van Netten JJ. A shift in priority in diabetic foot care and research: 75% of foot ulcers are preventable. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016 Jan;32(Suppl 1):195–200.
116. Waaijman R, Keukenkamp R, Haart M de, Polonski WP, Nollet F, Bus SA. Adherence to Wearing Prescription Custom-Made Footwear in Patients With Diabetes at High Risk for Plantar Foot Ulceration. *Diabetes Care*. 2013 Jun 1;36(6):1613–8.
117. Jarl G, Lundqvist L-O. Adherence to wearing therapeutic shoes among people with diabetes: a systematic review and reflections. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Aug 8;10:1521–8.
118. Weg B van de. Compliance with orthopaedic footwear in patients with diabetes. (Clinical). *Diabet Foot*. 2002 Mar 22;5(1):32–6.
119. Paton JS, Roberts A, Bruce GK, Marsden J. Does footwear affect balance?: the views and experiences of people with diabetes and neuropathy who have fallen. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2013 Nov 1;103(6):508–15.
120. Knowles EA, Boulton AJ. Do people with diabetes wear their prescribed footwear? *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 1996 Dec;13(12):1064–8.
121. 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*. 2010 Oct;28(2):168–74.
122. Vignerresse S, Grigoresco C, Tauveron I. P327 Comment améliorer la prévention des plaies du pied diabétique ? *Diabetes Metab*. 2014 Mar 1;40(Suppl 1):A105.
123. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n’observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L’exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Santé*. 2006;24(2):75–103.
124. Giraud A-H. Ouvrir un œil sur le pied [Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient]. [Genève]: Université de Genève; 2012.
125. Guell C, Unwin N. Barriers to diabetic foot care in a developing country with a high incidence of diabetes related amputations: an exploratory qualitative interview study. *BMC Health Serv Res*. 2015 Sep 14;15:1–7.
126. McInnes A, Jeffcoate W, Vileikyte L, Game F, Lucas K, Higson N, et al. Foot care education in patients with diabetes at low risk of complications: a consensus statement. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 2011 Feb;28(2):162–7.
127. Santé Publique France. Étude Entred 2001-2003 [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/etude->

entred-2001-2003

128. Santé Publique France. Étude Entred 2007-2010 [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/etude-entred-2007-2010>
129. Taisne E. Freins à la prévention du pied diabétique en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins [Thèse de médecine générale]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
130. Dikeukwu RA, Omole OB. Awareness and practices of foot self-care in patients with diabetes at Dr Yusuf Dadoo district hospital, Johannesburg. *J Endocrinol Metab Diabetes South Afr.* 2013 Jul 1;18(2):112–8.
131. Chiwanga FS, Njelekela MA. Diabetic foot: prevalence, knowledge, and foot self-care practices among diabetic patients in Dar es Salaam, Tanzania – a cross-sectional study. *J Foot Ankle Res.* 2015 Jun 5;8(20):1–7.
132. Ourabah R. Rôle du médecin généraliste en Île-de-France dans la prévention et le dépistage des lésions podologiques chez le diabétique. *Bull Académie Natl Médecine.* 2016 Apr 1;200(4):907–18.
133. Agence Régionale de Santé (ARS) Grand-Est. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 2]. Available from: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>
134. Tardits É. Évaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes [Thèse de médecine générale]. [France]: Université de Bordeaux; 2016.
135. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Quest Déconomie Santé.* 2018;(232):1–8.
136. Watson J, Obersteller EA, Rennie L, Whitbread C. Diabetic Foot Care: Developing Culturally Appropriate Educational Tools for Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples in the Northern Territory, Australia. *Aust J Rural Health.* 2001;9(3):121–6.
137. Pankhurst CJW, Edmonds ME. Barriers to foot care in patients with diabetes as identified by healthcare professionals. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* 2018;35(8):1072–7.
138. Encyclopædia Universalis. Nouvelle-Calédonie [Internet]. s.d. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/nouvelle-caledonie/>
139. Maison de la Nouvelle-Calédonie Paris(MNC). L'archipel - Maison de la Nouvelle-Calédonie [Internet]. s.d. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <http://www.mncparis.fr/nouvelle-caledonie/presentation/l-archipel>
140. Papoz L. Type 2 diabetes mellitus in the french overseas departments and territories: the "syndrome of nauru". *Diabetes Metab.* 2002 Dec;28(6):505–7.
141. Papoz L. Le diabète de type 2 dans les Dom-Tom : un effet pervers de la modernité. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2002;(20–21):89–90.
142. Tin STW, Lee CMY, Colagiuri R. A profile of diabetes in Pacific Island Countries and Territories. *Diabetes Res Clin Pract.* 2015 Feb;107(2):233–46.

143. Zimmet P. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes--An epidemiological overview. *Diabetologia*. 1982 Jun;22(6):399–411.
144. King H, Rewers M. Diabetes in adults is now a Third World problem. The WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. *Bull World Health Organ*. 1991;69(6):643–8.
145. Imbert G. Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications. *Santé Publique*. 2008 Jul 4;Vol. 20(2):113–24.
146. Papoz L, Barny S, Simon D. Prevalence of diabetes mellitus in New Caledonia: ethnic and urban-rural differences. CALDIA Study Group. CALedonia DIAbetes Mellitus Study. *Am J Epidemiol*. 1996 May 15;143(10):1018–24.
147. ASS-NC. Rapport d'activités ASS-NC 2014 [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/nos-rapports-d-activite>
148. Zimmet P, Canteloube D, Genelle B, LeGonidec G, Couzigou P, Peghini M, et al. The prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in Melanesians and part-Polynesians in rural New Caledonia and Ouvea (Loyalty Islands). *Diabetologia*. 1982 Nov;23(5):393–8.
149. Taylor R, Bennett P, Uili R, Joffres M, Germain R, Levy S, et al. Diabetes in Wallis Polynesians: A comparison of residents of Wallis Island and first generation migrants to Noumea, New Caledonia. *Diabetes Res Clin Pract*. 1985 Oct 1;1(3):169–78.
150. Tin STW, Kenilorea G, Gadabu E, Tasserei J, Colagiuri R. The prevalence of diabetes complications and associated risk factors in Pacific Islands countries. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014 Jan 1;103(1):114–8.
151. Cemka-Eval. Évaluation du programme diabète 2006-2010 de la Nouvelle-Calédonie. Rapport V2 [Internet]. 2011 [cited 2020 Jul 30]. Available from: <https://docplayer.fr/60158793-Evaluation-du-programme-diabete.html>
152. ASS-NC. Dossier Forfait de soins podologiques [Internet]. 2008 [cited 2020 Jul 30]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/vers-espace-pro/diabete/prise-en-charge-du-diabetique/prevention-des-amputations>
153. ASS-NC. Prévention des amputations - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://www.santepourtous.nc/publication/cat_view/166-publication/38-ist-vih-sida/242-grand-public
154. ASS-NC. Diabète : un centre pour vous aider - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/diabete/un-centre-pour-vous-aider/introduction>
155. ASS-NC. Programme de stage - Santé pour tous [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/diabete/un-centre-pour-vous-aider/programme-de-stage>
156. Institut de la Statistique et des Études Économiques (ISEE) Nouvelle-Calédonie. ISEE - Communautés [Internet]. s.d. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.isee.nc/population/recensement/communautes>
157. Godin P. Interview : La société Kanak, approche culturelle de la maladie [Internet]. 2010 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <http://www.ifap.nc/a-propos-de-lifap/actualites/211-la-societe-kanak-approche-culturelle-de-la-maladie>
158. Salomon C. La maladie comme déséquilibre. In : *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*.

Paris, France: Presses universitaires de France; 2000. 49–59 p.

159. Kuhm R. Anthropologie de la maladie: regard des gens de Maré sur le diabète de type II [Thèse de médecine générale]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2009.
160. Serra-Mallol C. Bien manger, c'est manger beaucoup: comportements alimentaires et représentations corporelles à Tahiti. *Sci Soc Santé*. 2008;26(4):81–112.
161. Tassié JM, Papoz L, Barny S, Simon D. Nutritional status in adults in the pluri-ethnic population of New Caledonia. *Int J Obes*. 1997 Jan;21(1):61–6.
162. Corsenac P, Annesi-Maesano I, Hoy D, Roth A, Rouchon B, Capart I, et al. Overweight and obesity in New Caledonian adults: Results from measured and adjusted self-reported anthropometric data. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017 Nov 1;133:193–203.
163. Frayon S, Cherrier S, Cavaloc Y, Touitou A, Zongo P, Wattelez G, et al. Nutrition behaviors and sociodemographic factors associated with overweight in the multi-ethnic adolescents of New Caledonia. *Ethn Health*. 2019 Feb 17;24(2):194–210.
164. Frayon S, Cavaloc Y, Wattelez G, Cherrier S, Touitou A, Zongo P, et al. Body image, body dissatisfaction and weight status of Pacific adolescents from different ethnic communities: a cross-sectional study in New Caledonia. *Ethn Health*. 2020 Feb 17;25(2):289–304.
165. Wattelez G, Frayon S, Cavaloc Y, Cherrier S, Lerrant Y, Galy O. Sugar-Sweetened Beverage Consumption and Associated Factors in School-Going Adolescents of New Caledonia. *Nutrients*. 2019 Feb 21;11(2):452.
166. Gouvernement de la NC. Le plan Do Kamo en 86 actions [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://gouv.nc/actualites/05-09-2018/le-plan-do-kamo-en-86-actions>
167. Gouvernement de la NC, Welepa P, Bedon P, Berthou L, Demaneuf T, Eyherabide M, et al. Do Kamo : être épanoui. Plan de santé calédonien 2018-2028. Agir ensemble pour notre santé [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 11]. Available from: https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/brochure_do_kamo_etre_epanou_i_0.pdf
168. Gouvernement de la NC. Structuration stratégique du plan d'action Do Kamo [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 11]. Available from: https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_plan_dactions_do_kamo.pdf
169. Direction des Ressources Techniques Handicap International. Le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 1]. Available from: https://hi.org/sn_uploads/document/DC_Diabete.pdf
170. Caspers E, Godin I. Prévenir le diabète de type 2: un autre regard pour agir sur les déterminants de la santé et tenir compte de la diversité des publics. Cahier Santé SIPES, Service d'Information Promotion Education Santé, ESP-ULB, Bruxelles [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.cultures-sante.be/2012-04-11-08-43-51/lu-pour-vous/366-prevenir-le-diabete-de-type-2.html>
171. Abate N, Chandalia M. The impact of ethnicity on type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2003 Feb;17(1):39–58.
172. Jowitt LM. Ethnicity and Type 2 Diabetes in Pacific Island Adults in New Zealand. *Int J Diabetes Clin Res*. 2014 Dec 2;1:1–5.
173. Dendup T, Feng X, Clingan S, Astell-Burt T. Environmental Risk Factors for Developing Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jan 5;15(1):1–25.

174. Hill JO, Galloway JM, Goley A, Marrero DG, Minners R, Montgomery B, et al. Scientific Statement: Socioecological Determinants of Prediabetes and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2013 Aug;36(8):2430–9.
175. Harris SB, Bhattacharyya O, Dyck R, Hayward MN, Toth EL. Le diabète de type 2 chez les Autochtones. *Can J Diabetes*. 2013 Oct 1;37(Supplement 5):S575–81.
176. Czyzewski K. Colonialism as a Broader Social Determinant of Health - ProQuest. *Int Indig Policy J Suppl Health Well-Being*. 2011;2(1):1–14.
177. Troughton J, Jarvis J, Skinner C, Robertson N, Khunti K, Davies M. Waiting for diabetes: perceptions of people with pre-diabetes: a qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2008 Jul;72(1):88–93.
178. Barry E, Greenhalgh T, Fahy N. How are health-related behaviours influenced by a diagnosis of pre-diabetes ? A meta-narrative review. *BMC Med*. 2018 Jul 27;16(121):1–17.
179. Caballero A. The “A to Z” of Managing Type 2 Diabetes in Culturally Diverse Populations. *Front Endocrinol*. 2018 Aug 28;9(479):1–15.
180. Pilkington FB, Daiski I, Lines E, Bryant T, Raphael D, Dinca-Panaitescu M, et al. Type 2 Diabetes in Vulnerable Populations: Community Healthcare Providers’ Perspectives on Health Service Needs and Policy Implications. *Can J Diabetes*. 2011 Dec 1;35(5):503–11.
181. Walker RJ, Strom Williams J, Egede LE. Impact of Race/Ethnicity and Social Determinants of Health on Diabetes Outcomes. *Am J Med Sci*. 2016 Apr;351(4):366–73.
182. Walker RJ, Smalls BL, Campbell JA, Strom Williams JL, Egede LE. Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. *Endocrine*. 2014 Sep;47(1):29–48.
183. Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B, Egede LE. Independent effects of socioeconomic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in Type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 Dec;36(6):662–8.
184. Pohar S, Feeny D, Majumdar S, Farris K, Johnson J. Understanding the Determinants of Health for People With Type 2 Diabetes. *Am J Public Health*. 2006 Oct 1;96(9):1649–55.
185. Strom JL, Egede LE. The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Curr Diab Rep*. 2012 Dec;12(6):769–81.
186. Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B, Egede LE. Relationship between social determinants of health and processes and outcomes in adults with type 2 diabetes: validation of a conceptual framework. *BMC Endocr Disord*. 2014 Oct 9;14(82):1–10.
187. Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B, Egede LE. Quantifying Direct Effects of Social Determinants of Health on Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2015 Feb 1;17(2):80–7.
188. Petrie KJ, Weinman JA. *Perceptions of Health & Illness : current research and applications*. London and New-York: Taylor & Francis; 2013.
189. Rice K, Te Hiwi B, Zwarenstein M, Lavalée B, Barre DE, Harris SB. Best Practices for the Prevention and Management of Diabetes and Obesity-Related Chronic Disease among Indigenous Peoples in Canada: A Review. *Can J Diabetes*. 2016 Jun 1;40(3):216–25.
190. Amelus H. Déterminants qui favorisent ou non l'autogestion du diabète de type 2 chez les personnes souffrant de cette maladie en Haïti [Maîtrise en santé communautaire]. [Québec,

Canada]: Université Laval; 2016.

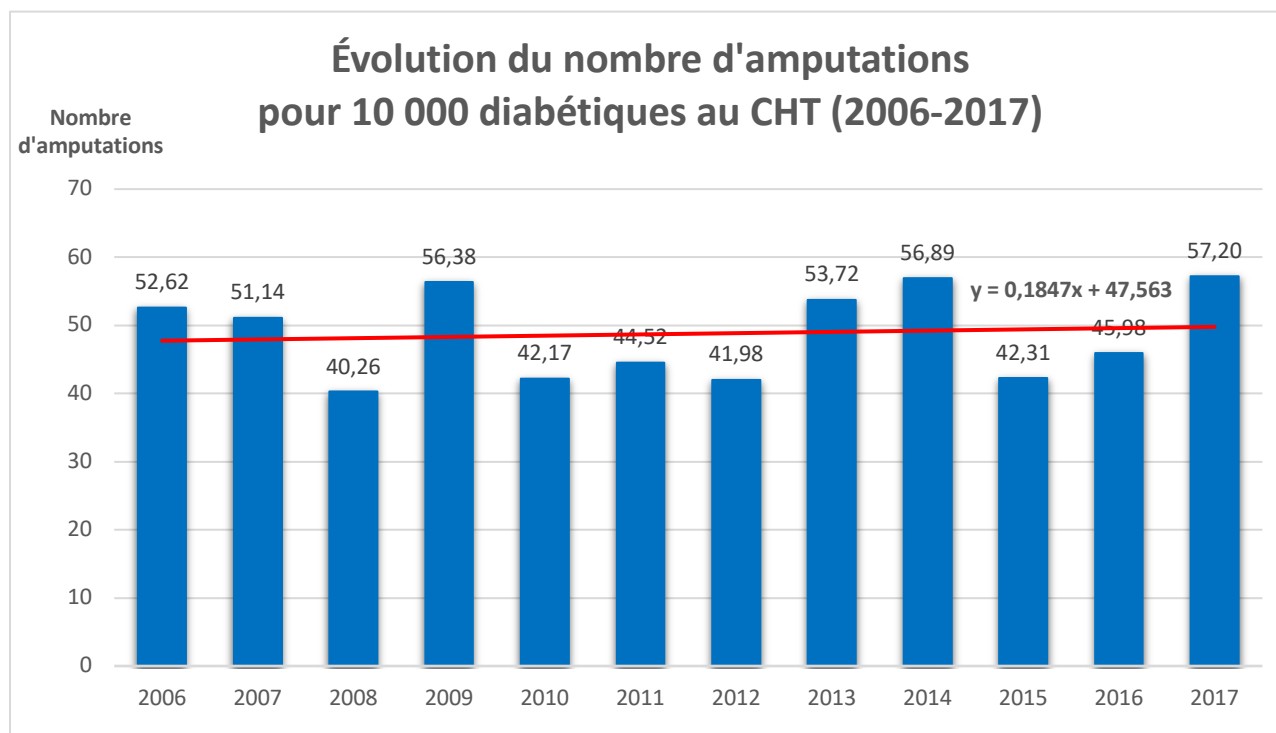
191. Debussche X, Balcou-Debussche M. Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio. *Santé Publique*. 2018 Sep 19;S1(HS1):145–56.
192. Debussche X, Corbeau C, Caroupin J, Fassier M, Ballet D, Balcou-Debussche M, et al. Littératie en santé et précarité : optimiser l'accès à l'information et aux services en santé. L'expérience de Solidarité Diabète. *Médecine Mal Métaboliques*. 2017 Dec 1;11(8):739–44.
193. McElfish PA, Purvis RS, Esquivel MK, Sinclair KA, Townsend C, Hawley NL, et al. Diabetes Disparities and Promising Interventions to Address Diabetes in Native Hawaiian and Pacific Islander Populations. *Curr Diab Rep*. 2019 Mar 18;19(5):19.
194. Quiñones AR, Talavera GA, Castañeda SF, Saha S. Interventions that Reach into Communities - Promising Directions for Reducing Racial and Ethnic Disparities in Healthcare. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2015 Sep;2(3):336–40.
195. McNamara BJ, Sanson-Fisher R, D'Este C, Eades S. Type 2 diabetes in Indigenous populations: quality of intervention research over 20 years. *Prev Med*. 2011 Jan;52(1):3–9.
196. Edwards K, Patchell B. State of the science: a cultural view of Native Americans and diabetes prevention. *J Cult Divers*. 2009;16(1):32–5.
197. Euréval. Fiche technique Euréval - Réaliser un entretien semi-directif [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 15]. Available from: https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf
198. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2nd édition. Paris: Armand Colin; 2015.
199. Desruisseaux Rouillard F. Observation [Internet]. Unisped.net. 2012 [cited 2020 Jul 15]. Available from: <https://www.unisped.net/ressource/observation/>
200. Arborio A-M. L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Rech Soins Infirm*. 2007;90(3):26–34.
201. OMS. Promotion de la santé - Charte d'OTTAWA. 1986. [Internet]. 1986 [cited 2020 Aug 14]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
202. Gouvernement de la NC. Une taxe sur le sucre pour lutter contre l'obésité [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 14]. Available from: <https://gouv.nc/actualites/10-12-2019/une-taxe-sur-le-sucre-pour-lutter-contre-lobesite>
203. Fasquel N, Peteisi J. La taxe sur les produits sucrés fait débat [Internet]. Nouvelle-Calédonie la 1ère. 2020 [cited 2020 Aug 14]. Available from: <https://la1ere.francetvinfo.fr/nouvellecaledonie/taxe-produits-sucres-fait-debat-802195.html>
204. FFD. Un pas de plus dans la prévention des risques podologiques pour les patients diabétiques [Internet]. s.d. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.federationdesdiabetiques.org/federation/actualites/un-pas-de-plus-dans-la-prevention-des-risques-podologiques-pour-les-patients>
205. Resplandy L. Prévention de la plaie du pied chez le diabétique en médecine générale: revue de la littérature et des recommandations : proposition d'outils facilitateurs [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil; 2015.
206. Gouvernement de la NC. Communiqué - Avant-projet de loi du pays de la Nouvelle-Calédonie.

Infirmier en pratique avancé : une nouvelle profession pour répondre aux besoins de santé de proximité [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14]. Available from: https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2020.06.30_cp_infirmiere_en_pratique_avance.pdf

207. Institut de Formation à l'Administration Publique. La société Kanak et son approche de la maladie. Niveau 1 [Internet]. s.d. [cited 2020 Aug 16]. Available from: http://www.ifap.nc/index.php?option=com_planning&view=fiche&code=SASM004&Itemid=97
208. Institut de Formation à l'Administration Publique (IFAP). Société, santé, maladie : une approche anthropologique des mondes kanak et océaniens. Niveau 2 [Internet]. s.d. [cited 2020 Aug 16]. Available from: http://www.ifap.nc/index.php?option=com_planning&view=fiche&code=SASM005&Itemid=97
209. Gouvernement de la NC. L'éducation à la santé prend vie avec Rebee [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 14]. Available from: <https://gouv.nc/actualites/04-12-2019/leducation-la-sante-prend-vie-avec-rebee>
210. Direction de l'Enseignement de la NC. REBEE [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14]. Available from: <https://denc.gouv.nc/ressources-pedagogiques/rebee>
211. Cherubini B. L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention : du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif. Autrepart. 2004;1(29):99–115.
212. Navarro-Flores E, Morales-Asencio JM, Cervera-Marín JA, Labajos-Manzanares MT, Gijon-Nogueron G. Development, validation and psychometric analysis of the diabetic foot self-care questionnaire of the University of Malaga, Spain (DFSQ-UMA). J Tissue Viability. 2015 Feb 1;24(1):24–34.
213. Chin Y-F, Huang T-T. Development and Validation of a Diabetes Foot Self-Care Behavior Scale. J Nurs Res. 2013 Mar;21(1):19–25.
214. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge du pied diabétique infecté. Médecine Mal Infect. 2007;37(1):26–50.
215. Institut de la Statistique et des Études Économiques (ISEE) Nouvelle-Calédonie. Structure de la population et évolutions [Internet]. s.d. [cited 2020 Mar 11]. Available from: <http://www.isee.nc/population/recensement/structure-de-la-population-et-evolutions>

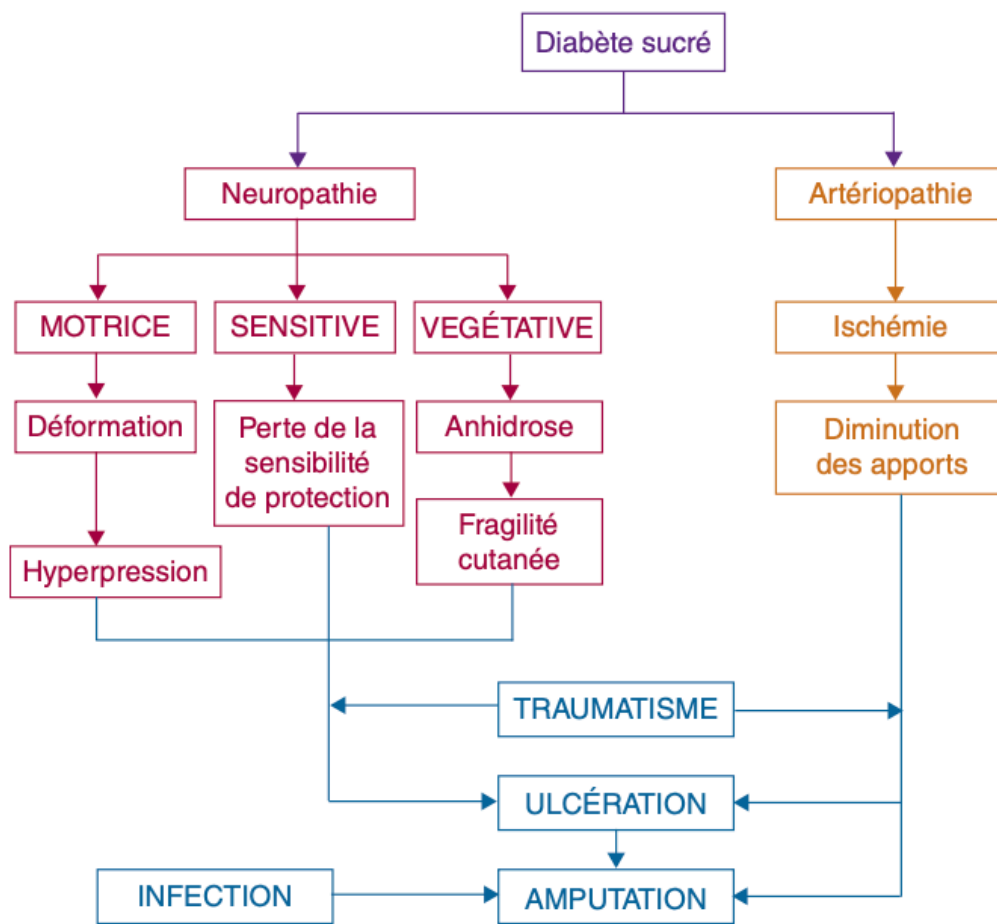
ANNEXES

Annexe 1 : Évolution du nombre d'amputations pour 10 000 diabétiques au CHT (Gaston-Bourret devenu Médipôle de Koutio en 2018)	79
Annexe 2 : Mécanisme physiopathologique de l'ulcération du pied chez le patient diabétique (54)	80
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des microtraumatismes extrinsèques et intrinsèques les plus fréquents	81
Annexe 4 : Classification de la sévérité de l'infection (IWGDF) (54)	82
Annexe 5 : Conseils aux patients à risque de troubles trophiques (54)	83
Annexe 6 : Examen des pieds (54)	84
Annexe 7 : Conseils pour le chaussage (54)	85
Annexe 8 : Mode d'emploi du monofilament de nylon (54)	86
Annexe 9 : Gradation et prise en charge du risque podologique (54)	87
Annexe 10 : Classification de Wagner : grades de gravité des lésions du pied diabétique (86)	88
Annexe 11 : Arbre décisionnel de la décharge de la plaie diabétique (54)	89
Annexe 12 : Approche multidisciplinaire et multi-professionnelle du pied diabétique (214)	90
Annexe 13 : Actions du dispositif et stratégies de prévention correspondantes	91
Annexe 14 : Ordonnance de prescription d'un forfait de soins podologiques pour diabétique par podologue	92
Annexe 15 : Évolution et répartition de la population en NC (215)	93
Annexe 16 : Structuration stratégique du plan d'action Do Kamo (168)	94
Annexe 17 : Déterminants sociaux de la santé du pré-diabète et du DT2 (174)	95
Annexe 18 : Guide d'entretien semi-directif à destination des personnes diabétiques	96
Annexe 19 : Guide d'entretien semi-directif à destination des pédicures-podologues	100
Annexe 20 : Guide d'entretien semi-directif à destination du médecin pilote du programme diabète	104
Annexe 21 : Guide d'entretien semi-directif à destination des professionnels de santé médicaux	108
Annexe 22 : Grille d'observation de l'action - Atelier d'éducation thérapeutique « Des pieds en bonne santé »	111
Annexe 23 : Grille d'observation de l'action - Forfait de soins podologiques dans le Grand-Nouméa	112
Annexe 24 : Grilles d'observation de l'action - Vacances dans les CMS de l'intérieur et des îles	113
Annexe 25 : Grille d'analyse des entretiens avec les personnes diabétiques	115
Annexe 26 : Grille d'analyse des entretiens avec les pédicures-podologues	116
Annexe 27 : Grille d'analyse des entretiens avec le médecin pilote	117
Annexe 28 : Grille d'analyse des entretiens avec les professionnels de santé médicaux	118
Annexe 29 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux personnes diabétiques	119
Annexe 30 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par les 3 sous-catégories des professionnels de santé	127
Annexe 31 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par le médecin pilote et les pédicures-podologues	132
Annexe 32 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par le médecin pilote et les professionnels de santé médicaux	134
Annexe 33 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par les pédicures-podologues et les professionnels de santé médicaux	137
Annexe 34 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par les pédicures-podologues seules	138
Annexe 35 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par le médecin pilote seul	139
Annexe 36 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par les professionnels de santé médicaux seuls	140
Annexe 37 : Rapport d'observation de l'action - Atelier d'éducation thérapeutique « Des pieds en bonne santé »	141
Annexe 38 : Rapport d'observation de l'action - Forfait de soins podologiques dans le Grand-Nouméa	144
Annexe 39 : Rapport d'observation de l'action - Vacances dans les CMS de l'intérieur et des îles	147
Annexe 40 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes diabétiques interviewées	150
Annexe 41 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des professionnels de santé interviewés (pédicures-podologues, médecin pilote et professionnels de santé médicaux)	151
Annexe 42 : Fiche synthétique de l'atelier d'éducation thérapeutique « Des pieds en bonne santé »	152
Annexe 43 : Fiche pieds « Exploration de pieds diabétiques » de l'atelier d'éducation thérapeutique	153
Annexe 44 : Fiche de bilan initial soins podologiques pour diabétique	154
Annexe 45 : Fiche de bilan des séances de soins podologiques pour diabétique	155
Annexe 46 : Fiche de bilan final soins podologiques pour diabétique	156
Annexe 47 : Schéma du déroulement du forfait de soins podologiques (153)	157
Annexe 48 : Cadre des DSS en cause dans le diabète et ses complications en NC (contexte de l'étude réalisée)	158



Le nombre d'amputations de 2018 et 2019 ont été demandées au CHT, de même que des informations supplémentaires (type d'amputations, répartition par sexe, par province de résidence etc.), mais sont toujours attendues. D'autre part, si la quasi-totalité des amputations se réalisait au CHT à ce jour, il sera important de considérer également les données de la clinique Kuindo-Magnin en termes d'amputation dès 2020 du fait de la présence de l'unité pied diabétique depuis fin 2019.

² Données fournies par le CHT de NC (Gaston-Bourret puis Médipôle de Koutio)



Microtraumatismes extrinsèques	Microtraumatismes intrinsèques
- Chaussage inadapté : chaussures non compatibles avec des déformations (ex hallux valgus), trop serrées, frottements permanents causant ampoules et hyperkératose. - Corps étrangers non perçus (chaussures et/ou sol). - Soins de pieds inadaptés ou inexistantes (se couper les ongles avec une tenaille etc.). - Mycoses des ongles ou interdigitales. - Sources de chaleur et de froid non perçues.	- Présence d'une hyperpression répétitive localisée au cours de la marche du fait de la neuropathie motrice (déformation du pied et abolissement de la mobilité articulaire) favorisant la production d'hyperkératose (callosités, durillons etc.). Celle-ci accroît les pressions locales et la création de plaies sur la plante du pied en regard des têtes des métatarsiens au niveau d'un siège d'hyperkératose (corps étranger blessant).

Stade	Sévérité	Caractéristiques
1	Absence d'infection	Pas de signes ou de symptômes d'infection
2	Infection superficielle	Infection de la peau et du tissu sous-cutané (sans atteinte des structures plus profondes). Présence au moins de deux des signes suivants : • œdème local ou induration • érythème péri-ulcéreux, entre 0,5 et 2 cm • douleur ou sensibilité locales • décharge purulente
3	Infection modérée	Atteinte des structures plus profondes que la peau et le tissu sous-cutané (abcès, arthrite, fasciite, ostéite) ou Érythème péri-ulcéreux > 2 cm associé à l'un des signes précédents
4	Infection sévère	Toute infection s'accompagnant d'un syndrome systémique inflammatoire, caractérisé par au moins deux des signes suivants : • température > 38° ou < 36° • fréquence cardiaque > 90/mn • fréquence respiratoire > 20/mn • PaCO₂ < 32 mmHg • leucocytose > 12 000/mm³ ou < 4 000/mm³ • plus de 10 % de polynucléaires immatures

1. Lavez-vous quotidiennement les pieds à l'eau tiède avec du savon neutre en contrôlant la température de l'eau avec un thermomètre ou votre coude. Ne prenez pas de bain de pieds, car ils font courir le risque de macération et de mycose, préférez la douche quotidienne.
2. Essuyez-vous soigneusement les pieds, en particulier entre les orteils avec une serviette sèche sans mouvement de scie ; n'utilisez pas de sèche-cheveux car vous risquez de vous brûler.
3. Appliquez tous les jours une crème hydratante, si possible adaptée aux pieds diabétiques. Veillez à ne pas en mettre entre les orteils.
4. En cas d'hyperkératose (« corne »), utilisez avec précaution une pierre ponce non agressive juste après la douche. Si cela ne suffit pas, consultez un podologue formé aux soins chez le diabétique. N'utilisez jamais de coricide ni de pansement pour ampoule et ne recourez jamais à des instruments tranchants (ciseaux, scalpels, lames de rasoir...).
5. Faites très attention à la coupe de vos ongles :
 - a. coupez-les droit, au carré, en utilisant des ciseaux droits à bouts ronds ; arrondissez les coins de l'ongle au moyen d'une lime en carton ;
 - b. évitez de couper/limer vos ongles trop court ;
 - c. si vous avez une mauvaise vue, si vous avez du mal à atteindre vos pieds ou si vos ongles sont trop durs ou déformés, consultez un podologue ;
 - d. si vous avez un ongle incarné, faites-le traiter rapidement par un podologue.
 - e. en cas de patients à risque podologique, le patient ne doit pas se couper les ongles lui-même.
6. Changez tous les jours de chaussettes. Attention aux coutures et aux élastiques.
7. Vérifiez chaque fois que vous vous chaussez qu'il n'y a pas d'objets étrangers à l'intérieur (en passant la main jusqu'au bout de la chaussure, ou en la secouant).
8. Ne marchez jamais pieds nus, ni chez vous ni à la plage.
9. N'utilisez pas de source de chaleur directe (bouillottes, cheminées, couverture chauffante, radiateur) pour vous réchauffer les pieds.
10. Faites régulièrement des mouvements d'assouplissement de vos pieds, par exemple : extension-flexion des avant-pieds, de la cheville et des orteils, massage de la voûte plantaire avec une balle de tennis.
11. Vérifiez que votre vaccin antitétanique est à jour.

Que faire en cas de plaie ?

- Toute plaie, même non douloureuse, est une urgence.
- Si vous constatez une plaie, **ne mettez pas d'antiseptique** sur la peau.
- Si vous avez identifié la cause de la plaie (chaussure, corps étranger...), supprimez-la immédiatement. Contactez immédiatement votre médecin.
- Nettoyez la plaie avec de l'eau et du savon ou avec un savon liquide et recouvrez par une compresse sèche.

Les messages délivrés au patient à risque sont centrés sur

- une hygiène stricte : lavage, séchage, hydratation tous les jours ;
- la coupe d'ongle confiée au pédicure-podologue. À défaut, la coupe d'ongles une fois par mois – doit se faire au carré en limant les bords ;
- les gestes de l'autoexamen : inspecter les pieds quotidiennement, si nécessaire à l'aide d'un miroir ou par un aidant, vérifier intérieur chaussure (recherche corps étrangers, caillou, gravillon...) ;
- la reconnaissance de situations à risque : rougeur, écoulement, fissures, plaques d'hyperkératose ;
- la conduite à tenir en cas de plaie : lavage eau et savon, pansement protecteur sans adhésif directement sur la peau et contacter médecin ;
- pas de marche pieds nus, pas de bain de pieds, pas de bouillotte, pas de séchoir chaud, pas d'usage de lame (type coupe-cor)... ;
- porter des chaussettes coutures à l'envers.

- 1.** Examinez vos pieds chaque jour. Si vous manquez de souplesse pour atteindre vos pieds, aidez-vous d'un miroir. Si vous avez des difficultés de vision, faites appel à un proche.
- 2.** Examinez l'ensemble du pied avec un bon éclairage pour déceler toute lésion sous la plante des pieds et entre les orteils.
 - a.** Il faut rechercher toute irritation, fissuration, macération, cor, callosité, ampoule, blessure superficielle ou plaie minime de la plante, du dos, des bords du pied et dans les espaces entre les orteils.
 - b.** Il faut inspecter les ongles pour repérer une rougeur, un suintement, un ongle incarné ou épaissi et déformé.
- 3.** Contactez votre médecin devant toute anomalie et ne perdez pas de temps, surtout en cas de plaie, même si elle n'est pas douloureuse.

- 1.** Les chaussures, en matériau souple, doivent avoir un volume adapté à celui de vos pieds, avec une semelle antidérapante, sans couture intérieure et avec des lacets ou velcro. Sauf indication particulière, les talons ne doivent pas dépasser 4 cm et être suffisamment larges pour une bonne stabilité.
- 2.** Le pied doit toujours être protégé dans la chaussure par des chaussettes ou des bas. Les chaussettes doivent être changées tous les jours, sans trous ni reprises. Les chaussettes doivent être assez épaisses, sans coutures saillantes. Évitez que les bas ou chaussettes serrent trop la jambe pour faciliter la circulation.
- 3.** Évitez les tongs, sandales, espadrilles et mules, etc. et toute chaussure ouverte.
- 4.** Ne gardez jamais des chaussures neuves toute la journée.
- 5.** Il est préférable d'avoir deux paires de chaussures, afin de changer tous les jours de chaussures.
- 6.** Achetez vos chaussures en fin de journée en raison de l'œdème de déclivité (pieds enflés le soir).
- 7.** Si vous portez des orthèses plantaires (semelles), placez-les dans les chaussures pour les essayer en vérifiant que le volume soit suffisant.
- 8.** Portez tous les jours vos orthèses plantaires, vos orthoplasties, et vos chaussures orthopédiques, y compris à la maison, sauf en cas de plaie.

Le monofilament de nylon 5,07 de Semmes-Weinstein est calibré pour exercer une pression de 10 g lorsqu'on le fait se courber.

Le monofilament doit être appliqué **perpendiculairement** à la surface de la peau, avec suffisamment de force pour le **courber**.

Appliquez d'abord le filament sur la face dorsale de la main du patient pour qu'il sache ce qu'il doit ressentir.

Demandez ensuite au patient de fermer les yeux, pour qu'il ne voie pas l'endroit où vous appliquez le monofilament.

Appliquez le monofilament fermement, **en une fois** : faites attention à ne pas le faire glisser et à ne pas toucher la peau de façon répétitive ; la durée totale d'application du monofilament doit être approximativement de 1 seconde.

Dès l'application faite, demandez au patient s'il la ressent ou non (OUI/NON) puis où il la ressent (pied DROIT/GAUCHE).

Le filament doit être appliqué sur trois sites plantaires pour chaque pied : sur la pulpe distale du gros orteil, en regard de la tête du 1^{er} et du 5^e métatarsien. À chaque site, faire deux applications du filament et une « factice » où le filament n'est pas appliqué. Les applications doivent être faites dans un ordre aléatoire, pour éviter les biais dus à l'anticipation du patient.

La sensation de protection est considérée comme conservée si, à chaque site, au moins deux réponses sur trois sont justes. Elle est anormale si, à un **seul** site, au moins deux réponses sur trois sont fausses : le pied est alors considéré à risque.

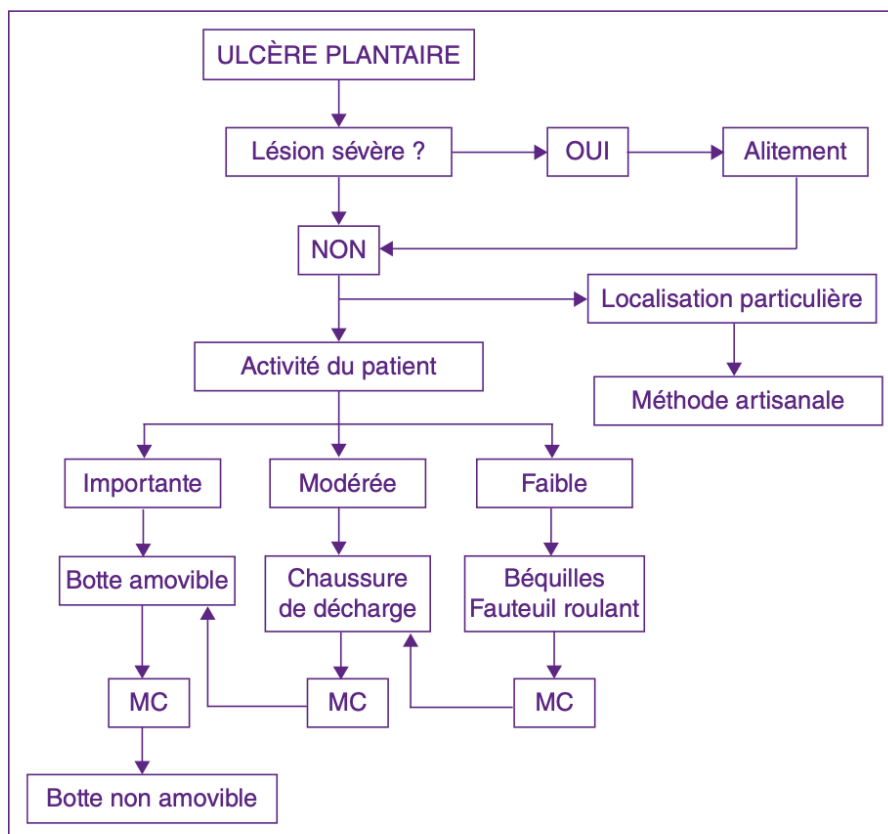
Pour conserver le monofilament en bon état, conservez-le dans son étui ou replié dans son manche.

Les propriétés mécaniques des filaments se détériorent avec le temps : il est préférable d'en changer régulièrement.

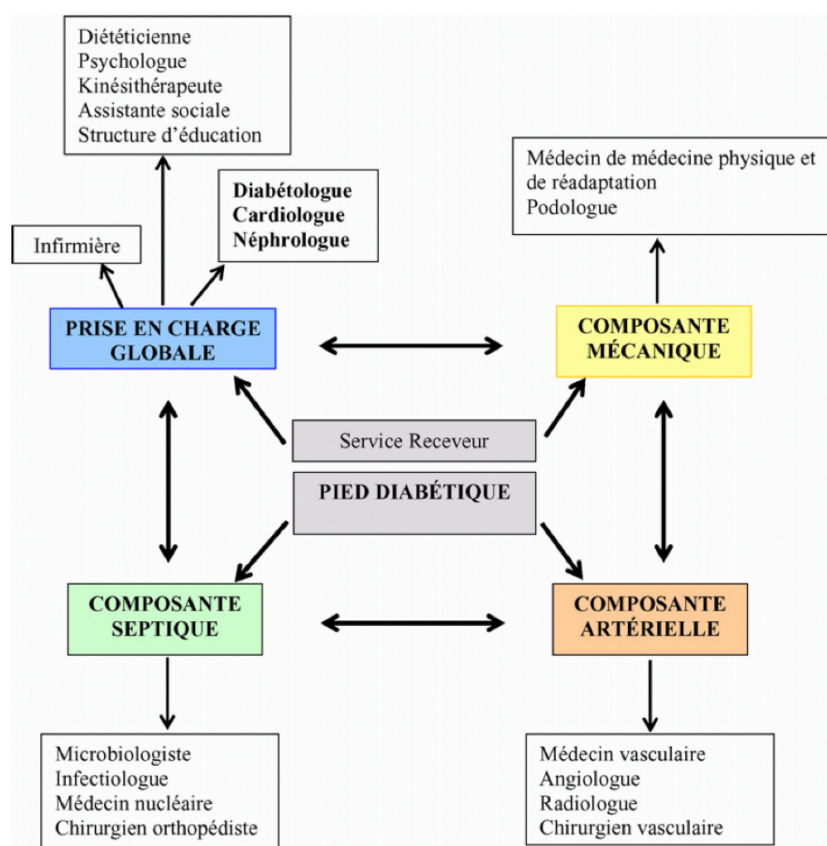
	Définition	Mesures préventives	Professionnels, fréquence de suivi
Grade 0	Absence de neuropathie sensitive	Examen de dépistage annuel	MG (1/an) ou diabétologue
Grade 1	Neuropathie sensitive isolée ¹	- Examen des pieds et évaluation du chaussage - Éducation (hygiène, autoexamen des pieds et des ongles par le patient, conseils de chaussage non traumatisant, mesures de prévention dans les situations à risque selon le mode de vie, conduite à tenir en cas de plaie) - Aide de l'entourage	- MG (à chaque consultation) - Podologue - Infirmier (personnes âgées ou avec handicap)
Grade 2	Neuropathie sensitive associée : – à une artériopathie des membres inférieurs ² et/ou – à une déformation du pied ³	<i>Idem</i> grade 1 + - Soins de pédicurie réguliers - Correction des anomalies biomécaniques - Avis sur l'indication d'orthèses et d'un chaussage approprié - Prise en charge de l'artériopathie, si existante - Recours à un réseau de santé	- MG (à chaque consultation) - Diabétologue - Podologue (tous les 3 mois) - Infirmier (personnes âgées ou avec handicap) - MPR - Podo-orthésiste - Réseau de santé
Grade 3	Antécédent : – d'ulcération du pied évoluant depuis plus de 4 semaines et/ou – d'amputation des membres inférieurs (voire une partie d'un orteil)	- Renforcement des mesures définies pour le grade 2 - Appareillage systématique (défini par le centre spécialisé) - Surveillance régulière par un centre spécialisé ou par un spécialiste diabétologue	<i>Idem</i> grade 2 + - Centre spécialisé/centre de cicatrisation (bilan annuel) - Soins podologiques (au moins tous les 2 mois)

¹Définie par l'anomalie du test au monofilament de Semmes-Weinstein (10 g)²Définie par l'absence d'au moins un des deux poulx du pied ou par un IPS < 0,9³Hallux valgus, orteil en marteau ou en griffe, proéminence de la tête des métatarsiens, déformations post-chirurgicales ou liées à une neuro-arthropathie (pied de Charcot)

Grade 0	Pas de lésion ouverte, mais présence possible d'une déformation osseuse ou d'hyperkératose
Grade 1	Ulcère superficiel sans pénétration dans les tissus profonds
Grade 2	Extension profonde vers les tendons ou l'os, les articulations
Grade 3	Tendinite, ostéomyélite, abcès ou cellulite profonde
Grade 4	Gangrène d'un orteil ou de l'avant-pied le plus souvent associée à une infection plantaire
Grade 5	Gangrène massive du pied associée à des lésions nécrotiques et à une infection des tissus mous



MC : Manque de compliance



Le médecin généraliste et le pharmacien sont à inclure également dans la prise en charge globale ainsi que le podo-orthésiste dans la composante mécanique.

Actions du dispositif de podologie	Stratégies de prévention correspondantes
Un atelier de groupe d'éducation thérapeutique « Des pieds en bonne santé » à destination des personnes diabétiques du Grand-Nouméa	- Éducation thérapeutique des patients au pied diabétique (en groupe)
Un forfait de soins podologiques (ou forfait de soins du pied) dans le Grand-Nouméa pour les personnes diabétiques à haute risque podologique avec un pied diabétique classifié grade 2 ou 3	- Dépistage, identification des patients à haut risque et examen de surveillance régulier des pieds en fonction du risque podologique - Séances de soins de prévention des pédicures-podologues
Des vacations de podologie dans les Centres Médico-Sociaux (CMS) de l'intérieur et des îles (Hors Grand-Nouméa)	- Séances de soins de prévention des pédicures-podologues - Éducation et formation des professionnels de santé au pied diabétique



PRESCRIPTION D'UN FORFAIT DE

SOINS PODOLOGIQUES

POUR DIABETIQUE PAR PODOLOGUE

Recto

Date :

PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Commune :

Type de diabète : ☐ type 1 ☐ type 2 ☐ type 2 traité par insuline

Ancienneté du diabète : ans

Dernière HbA1c : % le :

Artérite : ☐ oui ☐ non

Neuropathie : ☐ oui ☐ non

Grefe d'organe : ☐ oui ☐ non

Dialyse : ☐ oui ☐ non

Autres problèmes de santé à signaler :

Gradation du risque : 0 1 2 3

MEDECIN PRESCRIPTEUR
(tampon - signature)

Verso

INFORMATION PATIENT

Dans le cadre de la prise en charge de votre **diabète**,
vous allez bénéficier d'une ou plusieurs **consultations gratuites** avec
un **pédicure-podologue**.

Lors de la première consultation,

le podologue va vérifier si vos **pieds sont en bonne santé**.
 Vos deux pieds seront examinés ainsi que vos chaussures.
 Le podologue vérifiera également

- l'entretien et la **bonne santé de la peau et des ongles**,
- la **sensibilité et la bonne circulation du sang** au niveau de vos pieds.

A la fin de la première séance,

un **bilan** sera envoyé à votre médecin
 et le podologue vous informera

- si vous devez revenir consulter
- ou si cela n'est pas nécessaire.

**Liste des
podologues
agréés**

Nouméa

Blampain-Marbezy Nathalie (VDC) 283940
 Bonnot Wilfrid (Haut Magenta) 274658
 Brugnon Alban (Trianon) 783678
 Castet-Moulat Janique (Centre Ville) 283488
 Galvier-Michel Pascale (VDC/Fg Blanchot) 778224

Dumbéa

Galvier-Michel Pascale 778224

Mont Dore

Harbulot Lise-Marie 431234

³ Fournie par le Centre d'Éducation de l'ASS-NC

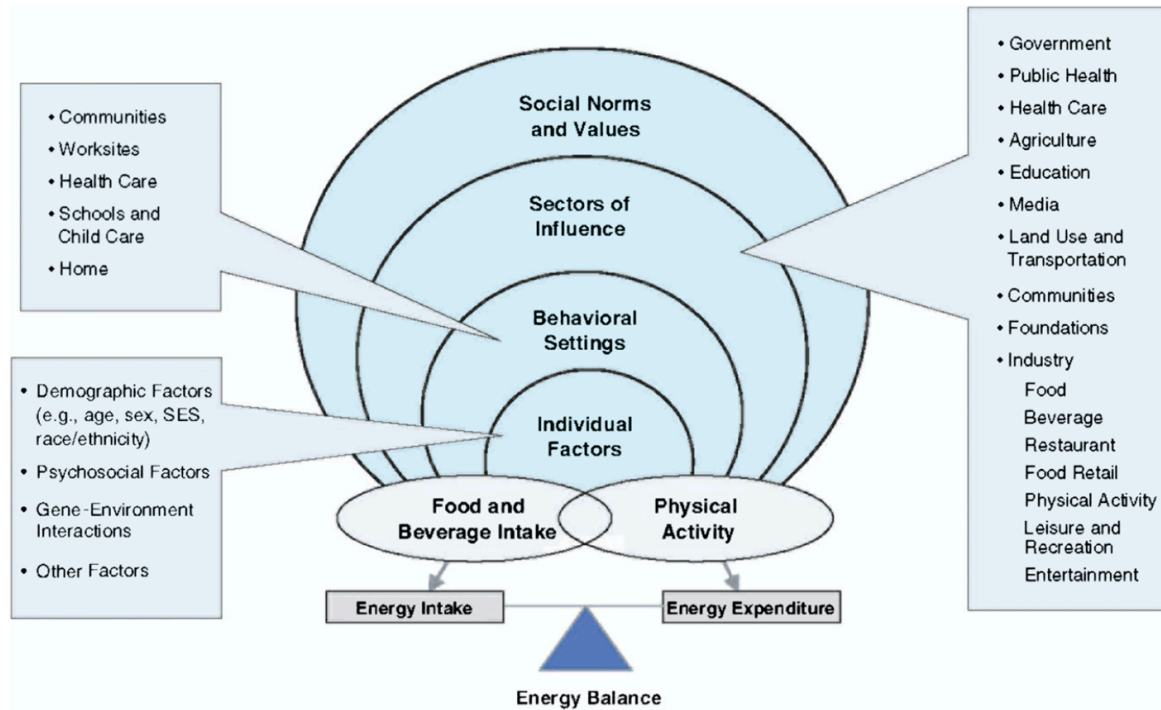
Annexe 15 : Évolution et répartition de la population en NC (215)

Année de recensement (ISEE-NC) Province	1996	2004	2009	2014	2019
<i>Province Sud</i>	134 546 68,4%	164 235 71,2%	183 007 74,5%	199 983 74,4%	203 144 74,8%
<i>Province Nord</i>	41 413 21,0%	44 474 19,3%	45 137 18,4%	50 487 18,8%	49 910 18,4%
<i>Province des Îles Loyauté</i>	20 877 10,6%	22 080 9,6%	17 436 7,1%	18 297 6,8%	18 353 6,8%
Total	196 836 100%	230 789 100%	245 580 100%	268 767 100%	271 407 100%



Structuration stratégique du PLAN D'ACTION DO KAMO





Guide d'entretien semi-directif à destination des personnes diabétiques.

Date et lieu de l'entretien :

Nom du participant :

Code anonyme :

Objectifs de l'entretien :

- Identifier les déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications.
- Connaître la sensibilité des personnes diabétiques à l'égard du pied diabétique et son risque podologique.
- Identifier des possibilités d'amélioration pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.

Temps de présentation en amont de l'entretien individuel semi-directif :

Bonjour, je m'appelle Olivia Pontheaux et je suis étudiante en Master 2 de Promotion de la Santé à l'université de Bordeaux. Dans le cadre de ce master, il nous est demandé de réaliser un mémoire de fin d'année d'étude en lien avec notre stage. Évaluant le dispositif de podologie « Prévention des amputations » en NC, je réalise des entretiens auprès des personnes diabétiques dans un triple but : *[Rappeler les objectifs ci-dessus]*.

Cet entretien individuel de type semi-directif est anonyme (ensemble des données confidentielles) et sans jugement (pas de bonnes ou de mauvaises réponses). La durée maximale prévue est de 2 heures.

Dans le but de faciliter l'analyse des données, j'aimerais effectuer un enregistrement vocal de notre rencontre. Êtes-vous d'accord ? Ce dernier sera détruit une fois le mémoire fini et rendu à l'université.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Présentation succincte de l'interviewé :

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| • Âge : | • Situation familiale : |
| • Sexe : | • Province et commune de résidence : |
| • Ethnie : | • Emploi : |
| • Diabète (ancienneté) : | • Niveau d'études : |

Consigne initial : Vous êtes une personne diabétique de type 2. En tant que telle, pouvez-vous me parler du diabète ? Pour vous, qu'est-ce que le diabète ?

Thème : Explication du diabète et de sa prévention.

Relance possible : Parlez-moi du diabète en général et de la détection de votre propre diabète.

- **Explication de la maladie :**
 - Définition.
 - Symptômes.
 - Perception de la gravité.
- **Annonce du diabète :**
 - Par qui ?
 - Quand et comment ?
 - Réaction(s) lors de l'annonce : émotion(s) et pensées.
 - Post-annonce du diabète : avez-vous eu besoin d'une re-confir-mation au sein de la médecine occidentale et/ou traditionnelle ?
- **Cause(s) du diabète.**
- **Prévention du diabète :**
 - Le diabète, une maladie évitable ? Comment ?

Thème : Retentissement du diabète.

Relance possible : J'aimerais que vous me parliez de votre vie avec le diabète notamment de votre ressenti et de votre perception de votre vie quotidienne depuis que vous êtes diabétique.

- **Annonce du diabète aux proches (famille, amis, collègues) :**
 - Réaction(s) des proches.
 - Vécu de la réaction des proches par la personne diabétique.
 - Soutien des proches / Aide à l'acceptation du diabète par les proches.
- **Changement dans la vie depuis l'annonce du diabète :**
 - Dans l'entourage familial / rapports familiaux.
 - Dans l'entourage social / rapports sociaux.
 - Dans le travail / rapports avec vos collègues et/ou supérieurs.
 - Dans les activités quotidiennes / les habitudes / la vie de couple.
 - Dans le comportement alimentaire / rapport à l'alimentation.
 - Dans la pratique de l'activité physique / rapport à l'activité physique.
- **Impacts du diabète sur la personne :**
 - Impacts physiques (sur le corps).
 - Impacts psychologiques (sur l'esprit / le mental).
- **La vie avec le diabète aujourd'hui :**
 - Obstacles / Opportunités liés au diabète.
 - Perception de l'état de santé.

Thème : Gestion du diabète au quotidien.

Relance possible : J'aimerais que vous me parliez de votre gestion du diabète dans la vie de tous les jours.

- **Traitement pour le diabète :**
 - Début de prise du traitement.
 - Traitements médicamenteux : évolution et perception.
 - Traitements non-médicamenteux (mesures hygiéno-diététiques : alimentation / activités physiques / gestion du stress) : évolution et perception.
 - Traitement du guérisseur / remèdes traditionnels.
 - Difficultés / contraintes du traitement pour le diabète.
- **Diabète actuellement équilibré ou déséquilibré ? :**
 - a. **Si équilibré : facteurs aidants à bien gérer le diabète.**
 - Aides et/ou les facilités dans la vie quotidienne.
 - Aides et/ou les facilités dans l'environnement familial.
 - Aides et/ou les facilités dans l'environnement social.
 - Aides et/ou les facilités dans l'environnement physique.
 - Aides et/ou les facilités dans l'environnement alimentaire.
 - Aides et/ou les facilités au niveau économique.
 - b. **Si déséquilibré : obstacles empêchant d'avoir un diabète équilibré.**
 - Difficultés dans la vie quotidienne.
 - Difficultés dans l'environnement familial.
 - Difficultés dans l'environnement social.
 - Difficultés dans l'environnement physique.
 - Difficultés dans l'environnement alimentaire.
 - Difficultés au niveau économique.

Thème : Relations avec les professionnels de santé.

Relance possible : Dans le cadre de votre diabète, vous êtes amené à rencontrer de nombreux professionnels de santé. J'aimerais que vous me parliez de vos relations avec ces derniers.

- **Professionnels de santé rencontrés dans le cadre du diabète.**
- **Relation avec le médecin généraliste (et/ou le diabétologue) :**
 - *Écoute, soutien et attitude du médecin généraliste / diabétologue.*
 - *Respect du médecin généraliste / diabétologue du point de vue, des choix, de la culture, des croyances etc.*
- **Relation avec les professionnels de santé rencontrés dans le cadre du diabète :**
 - *Écoute, soutien et attitude du professionnel de santé.*
 - *Respect du professionnel de santé du point de vue, des choix, de la culture, des croyances etc.*

Thème : Complications du diabète et leur prévention.

Relance possible : Le diabète peut être à l'origine de nombreuses complications. Que pouvez-vous m'en dire ?

- **Complications du diabète :**
 - *Connaissance/description (partie(s) du corps pouvant être touchée(s)).*
 - *Information/sensibilisation : comment et par qui ?*
 - *Vécu de complication(s).*
- **Perception des complications du diabète.**
- **Prévention des complications du diabète :**
 - *Les complications du diabète, évitable ? Si oui, comment ?*

Thème : Sensibilisation au pied diabétique.

Relance possible : J'aimerais aborder avec vous le thème« pieds et diabète ». Que pouvez-vous m'en dire ?

- **Complications liées au diabète au niveau des pieds :**
 - *Information/sensibilisation : comment et par qui ?*
 - *Facteurs de risque de ces complications.*
- **Le soin de ses pieds en tant que diabétique :**
 - *Moyens de prévention connus pour éviter la survenue de plaie(s) du pied / d'amputation(s) des membres inférieurs.*
 - *Moyens de prévention utilisés par la personne diabétique : attention portée aux pieds, auto-surveillance et auto-soin des pieds, chaussage, consultation d'un pédicure-podologue.*
- **Pour les personnes :**
 - S'occupant bien de leurs pieds : facteurs motivants à prendre soin des pieds.**
 - Ne portant pas d'attention particulière à leurs pieds :**
 - *Obstacles rendant difficile le soin des pieds.*
 - *Facteurs qui motiveraient à prendre soin des pieds.*
- **Attention du médecin généraliste et/ou du diabétologue portée aux pieds :**
 - *Examen(s) régulier(s) des pieds en consultation : utilisation du monofilament (le montrer) et palpation des pouls des pieds.*
 - *Les recommandations médicales : conseils pour prendre soin des pieds.*
- **Connaissance du risque podologique et de sa gradation par le médecin généraliste et/ou le diabétologue.**
- **Conduite à tenir en cas de blessure(s) au(x) pied(s) :**
 - *Démarche à suivre : gestes et moyens de soins préconisés et interdits.*
- **Expérience d'une ou de plusieurs plaie(s) du pied :**
 - Si oui :**
 - *Origine et traitement de la plaie.*
 - *Temps de guérison.*

- *Ressenti de cette expérience.*
- b. Si non : expérience de microtraumatismes (ampoules, mycoses, cors, durillons etc.) au niveau des pieds.**
 - *Origine et traitement du microtraumatisme.*
 - *Temps de guérison.*
 - *Ressenti de cette expérience.*
- c. Si aucun des 2 : pourquoi ?**
 - **Sensibilisation sur les complications liées au diabète au niveau des pieds :**
 - *Perception de cette sensibilisation.*
 - *Sources d'informations principales.*
 - **Si patient diabétique amputé : Expérience de la ou des amputation(s) :**
 - *Type d'amputation (localisation), année et origine de l'amputation.*
 - *Réaction(s) à l'annonce de l'amputation.*
 - *Quotidien avec l'amputation.*
 - *Attention portée aux pieds suite à l'amputation (prochaine amputation évitable ou non ?).*
 - **Connaissance et avis sur le dispositif de podologie « Prévention des amputations » en NC.** *Remarque : Expliquer le dispositif si non connu.*

Thème : Idées d'amélioration de la prévention des amputations des membres inférieurs.

Relance possible : J'aimerais aborder avec vous de possibles améliorations de la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC.

- **Avis sur la mise en place de campagne(s) de communication/sensibilisation sur comment « bien vivre avec le diabète » (suivi au quotidien, sensibiliser aux complications du diabète) ?**
 - *Pertinence.*
 - *Forme(s) jugée(s) adéquate(s).*
- **Avis sur le développement du dispositif Action de Santé Libérale En Équipe (ASALEE) en NC.** *Remarque : Expliquer le dispositif si non connu.*
- **Proposition(s) d'action(s) de sensibilisation à développer pour améliorer la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.**

Fin de l'entretien semi-directif :

- *« Avez-vous quelque chose à ajouter suite à cet entretien ? »*
- *« Merci de votre participation ».*

Remarques sur l'entretien :

- *Durée :*
- *Remarques personnelles :*

Guide d'entretien semi-directif à destination des pédicures-podologues.

Date et lieu de l'entretien :

Nom de l'interviewé :

Code anonyme :

Objectifs de l'entretien :

- Connaître les modalités d'intervention des actions réalisées par les pédicures-podologues au sein du dispositif de podologie « Prévention des amputations ».
- Identifier des possibilités d'amélioration pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.

Temps de présentation en amont de l'entretien individuel semi-directif :

Bonjour, je m'appelle Olivia Pontheaux et je suis étudiante en Master 2 de Promotion de la Santé. Dans ce cadre, il nous est demandé de réaliser un mémoire de fin d'année d'étude en lien avec notre stage. Évaluant le dispositif de podologie « Prévention des amputations », mon sujet porte ainsi sur la compréhension de la non-diminution du nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC malgré la mise en place de ce dispositif. Pour ce fait, je réalise des entretiens auprès de pédicure-podologues intervenant dans le dispositif de podologie dans un double but : *[Rappeler les objectifs ci-dessus]*.

Cet entretien individuel de type semi-directif est anonyme (ensemble des données confidentielles) et sans jugement (pas de bonnes ou de mauvaises réponses). La durée maximale prévue est de 2 heures.

Dans le but de faciliter l'analyse des données, j'aimerais effectuer un enregistrement vocal de notre rencontre. Êtes-vous d'accord ? Ce dernier sera détruit une fois le mémoire fini et rendu à l'université.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Présentation succincte des interviewés :

- | | |
|------------|--------------------------------|
| • Sexe : | • Commune d'exercice : |
| • Âge : | • Nombre d'années d'exercice : |
| • Ethnie : | - Au total : |
| | - En NC : |

Consigne initial : Vous êtes un des pédicures-podologues intervenant dans au moins une des 3 actions du dispositif de podologie « Prévention des amputations » en Nouvelle-Calédonie, déployé par l'ASS-NC. En tant que tel, pouvez-vous me parler des modalités d'intervention des actions de ce dispositif ?

Thème : Modalités d'intervention de l'action – Atelier d'éducation thérapeutique en groupe « Des pieds en bonne santé » au Centre d'Éducation de l'ASS-NC.

- **Description du déroulement de l'atelier :**
 - Cahier des charges.
 - Différents temps, thèmes et durée de l'atelier.
 - Distribution de documents informatifs : à quel moment de l'atelier ?
- **Obstacles et facteurs facilitants pour mener l'atelier.**
- **Perception de l'implication des participants (personnes diabétiques) pour l'atelier :**
 - Attitude(s) et comportement(s) des participants.
- **Examen des pieds des participants en fin d'atelier.**
- **Rémunération.**

- **Avis personnel sur l'atelier d'éducation thérapeutique en groupe :**
 - *Points forts / Faiblesses.*
 - *Améliorations potentielles ou non à apporter.*

Thème : Modalités d'intervention de l'action – Forfait de soins podologiques dans le Grand-Nouméa.

- **Description du déroulement global du forfait :**
 - *Cahier des charges.*
 - *Différents temps du forfait.*
 - *Différence(s) dans le forfait d'une personne diabétique à une autre (en termes de nombre de séances) / Adaptation du forfait en cas de situation compliquée.*
- **Description du déroulement d'un bilan initial du forfait :**
 - *Différents temps et durée d'un bilan initial (en moyenne).*
 - *Mise en place du projet thérapeutique (objectifs de la prise en charge thérapeutique curative, préventive et éducative).*
 - *Identification des obstacles, des leviers et des ressources pour ce projet.*
 - *Distribution de documents informatifs et/ou de conseils oraux.*
- **Description du déroulement d'une séance de soin du forfait :**
 - *Différents temps et durée d'une séance de soins.*
 - *Distribution de documents informatifs et/ou de conseils oraux.*
- **Description du déroulement d'un bilan final du forfait :**
 - *Différents temps et durée d'un bilan final (en moyenne).*
- **Description de la mission d'éducation thérapeutique des patients au pied diabétique au cours de ce forfait :**
 - *Thème(s) abordé(s).*
 - *Mise en place des objectifs pédagogiques éducatifs.*
 - *Identification des obstacles, des leviers et des ressources pour l'atteinte de ces objectifs.*
 - *Temps dédié.*
 - *Évaluation du parcours du patient par rapport aux objectifs fixés.*
- **Rémunération.**
- **Avis personnel sur le forfait :**
 - *Points forts / Faiblesses.*
 - *Améliorations potentielles ou non à apporter.*

Thème : Modalités d'intervention de l'action – Vacations de podologie dans les CMS.

- **Description de l'organisation d'une vacation en CMS (étape(s) en amont).**
- **Description du déroulement global d'une journée de vacation :**
 - *Cahier des charges.*
 - *Différents temps de la journée.*
 - *Différence d'un CMS à un autre.*
- **Description du déroulement d'un bilan initial au sein d'une vacation en CMS :**
 - *Différents temps et durée d'un bilan initial (en moyenne).*
 - *Mise en place du projet thérapeutique (objectifs de la prise en charge thérapeutique curative, préventive et éducative).*
 - *Identification des obstacles, des leviers et des ressources pour ce projet.*
 - *Déroulement d'un bilan initial d'un CMS à un autre (différences ?).*
 - *Distribution de documents informatifs et/ou de conseils oraux.*
- **Description du déroulement d'une séance de soins au sein d'une vacation en CMS :**
 - *Différents temps et durée d'une séance de soins (en moyenne).*

- *Déroulement d'une séance de soins d'un CMS à un autre (différences ?).*
- *Distribution de documents informatifs et/ou de conseils oraux.*
- **Description du déroulement d'un bilan final au sein d'une vacation en CMS :**
 - *Différents temps et durée d'un bilan final (en moyenne).*
 - *Déroulement d'un bilan final d'un CMS à un autre (différences ?).*
- **Matériel mis à disposition pour les vacances par l'ASS-NC.**
- **Description de la mission d'éducation thérapeutique des patients au pied diabétique au cours des séances de vacances (bilans et séances de soins) :**
 - *Thème(s) abordé(s).*
 - *Mise en place des objectifs pédagogiques éducatifs.*
 - *Identification des obstacles, des leviers et des ressources pour l'atteinte de ces objectifs.*
 - *Temps dédié.*
 - *Évaluation du parcours du patient par rapport aux objectifs fixés.*
- **Description de la mission de formation des professionnels de santé sur site :**
 - *Catégorie(s) de professionnels de santé formés.*
 - *Thème(s) et acte(s) de formation.*
- **Rémunération.**
- **Avis personnel sur cette action de vacances de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles :**
 - *Points forts / Faiblesses.*
 - *Améliorations potentielles ou non à apporter.*

Thème : Idées d'amélioration de la prévention des amputations des membres inférieurs.

Relance possible : J'aimerais aborder de possibles améliorations de la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC.

- **Avis sur la mise en place de campagne(s) de communication/sensibilisation sur comment « bien vivre avec le diabète » (suivi au quotidien, sensibilisation aux complications du diabète) :**
 - *Pertinence.*
 - *Forme(s) jugée(s) adéquatw(s).*
- **Avis sur le développement du dispositif Action de Santé Libérale En Équipe (ASALEE) en NC. Remarque : Expliquer le dispositif si non connu.**
- **Observation d'action(s) mise(s) en place en dehors de celles du dispositif pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.**
 - *Si oui : Où ? Par qui ?*
 - *Avis / Perception sur l'action.*
- **Avis sur la mise en place d'un programme de promotion de la santé des pieds :**
 - *Pertinence d'un programme de promotion de la santé des pieds en NC.*
 - *Milieu(x) potentiel(s) de déploiement.*
- **Proposition(s) d'action(s) de sensibilisation à mettre en œuvre en NC pour améliorer la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.**

Thème : Investissement au sein du dispositif de podologie « Prévention des amputations » en NC.

Relance possible : J'aimerais aborder votre investissement au sein de ce dispositif de podologie. Que pouvez-vous m'en dire ?

- **Raison(s) d'engagement au sein du dispositif de podologie « Prévention des amputations » :**

- *Points appréciés dans le dispositif et ses actions.*
- **Intervention dans les actions :**
 - *Lesquelles et pourquoi ?*
- **Investissement au sein de ce dispositif :**
 - *Évolution de la motivation d'investissement : comment et pourquoi ?*
 - *Facteurs ayant pu modifier la motivation d'intervention.*

Thème : Carrière professionnelle.

Relance possible : J'aimerais que vous me parliez de votre choix de carrière professionnelle en tant que pédicure-podologue.

- **Choix de la profession de pédicure-podologue :**
 - *Points appréciés dans le métier / dans le milieu paramédical.*
- **Raison(s) d'exercice en NC :**
 - *Attrait des spécificités de la NC en termes de pathologies.*

Fin de l'entretien semi-directif :

- *« Avez-vous quelque chose à ajouter suite à cet entretien ? »*
- *« Merci de votre participation. »*

Remarques sur l'entretien :

- *Durée :*
- *Remarques personnelles :*

**Guide d'entretien semi-directif à destination du
médecin pilote du programme Diabète de l'ASS-NC.**

Date et lieu de l'entretien :

Nom de l'interviewé :

Code anonyme :

Objectifs de l'entretien :

2. Identifier les déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications.
 - Connaître les modalités d'intervention des actions réalisées par les pédicures-podologues au sein du dispositif de podologie « Prévention des amputations ».
 - Identifier les opportunités et les contraintes du territoire Calédonien.
 - Identifier des possibilités d'amélioration pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.

Temps de présentation en amont de l'entretien individuel semi-directif :

Bonjour, je m'appelle Olivia Pontheaux et je suis étudiante en Master 2 de Promotion de la Santé. Dans ce cadre, il nous est demandé de réaliser un mémoire de fin d'année d'étude en lien avec notre stage. Évaluant le dispositif de podologie « Prévention des amputations », mon sujet porte ainsi sur la compréhension de la non-diminution du nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC malgré la mise en place de ce dispositif. Pour ce fait, je réalise un entretien auprès de vous dans un quadruple but : *[Rappeler les objectifs ci-dessus]*.

Cet entretien individuel de type semi-directif est anonyme (ensemble des données confidentielles) et sans jugement (pas de bonnes ou de mauvaises réponses). La durée maximale prévue est de 2 heures.

Dans le but de faciliter l'analyse des données, j'aimerais effectuer un enregistrement vocal de notre rencontre. Êtes-vous d'accord ? Ce dernier sera détruit une fois le mémoire fini et rendu à l'université.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Présentation succincte de l'interviewé :

- Âge :
- Sexe : - Médecin de Santé Publique :
- Ethnie - Médecin pilote du programme
- Nombre d'années d'exercice Diabète :

Consigne initial 1 : Vous êtes professionnel de santé en Nouvelle-Calédonie et médecin pilote du programme Diabète de l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle Calédonie (ASS-NC). En tant que tel, pourriez-vous me parler du diabète en Nouvelle-Calédonie ? Comment expliquez-vous le fait que le diabète et ses complications soient un problème majeur de santé publique sur l'île ?

Thème : Prévention du diabète et de ses complications.

Relance possible : Le diabète est un problème majeur de santé publique en NC. Ainsi, j'aimerais aborder avec vous les déterminants pouvant influencer la prévention du diabète et de ses complications et ce, notamment en NC.

- **Obstacles et facteurs facilitants pouvant influencer la prévention du diabète de type 2 :**
 - Ethnicité.
 - Modes de vie.
 - Facteurs socio-économiques (éducation, revenu, emploi).
 - Facteurs psychosociaux.
 - Système de santé.

- *Environnement social, familial, physique, alimentaire, urbain/rural.*
- *Contexte global du pays (en termes de politiques publiques).*
- **Obstacles et facteurs facilitants pouvant influencer la gestion et la prévention des complications du diabète de type 2 :**
 - *Ethnicité.*
 - *Modes de vie.*
 - *Facteurs socio-économiques (éducation, revenu, emploi).*
 - *Facteurs psychosociaux.*
 - *Système de santé.*
 - *Environnement social, familial, physique, alimentaire, urbain/rural.*
 - *Contexte global du pays (en termes de politiques publiques).*
- **Place de la culture notamment celles locales dans la prévention du diabète, sa gestion et la prévention de ses complications.**

Consigne initial 2 : Maintenant, pourriez-vous me parler du programme diabète et de ses actions ? Notamment le dispositif de podologie « Prévention des amputations » en NC au sein de ce programme ?

Thème : Le programme Diabète de l'ASS-NC.

Relance possible : J'aimerais parler avec vous du programme Diabète de l'ASS-NC.

- **Origine du programme Diabète de l'ASS-NC :**
 - *Données de création.*
 - *Évolution du programme.*
- **Actions du programme :**
 - *Types d'actions.*
 - *Critère(s) de choix des actions.*
- **Acteurs du programme.**

Thème : Origine du dispositif de podologie « prévention des amputations » en NC.

Relance possible : J'aimerais que vous me parliez de l'origine de ce dispositif de podologie.

- **Origine du dispositif de podologie « Prévention des amputations » en NC :**
 - *Données ayant décidé le comité de pilotage du programme Diabète pour la mise en œuvre du dispositif.*
- **Choix des 3 actions pour le dispositif de podologie :**
 - *Critère(s) et intérêt(s) du choix de ces actions.*
- **Autres actions prévues à l'origine :**
 - *Lesquelles ?*
 - *Explication(s) de leur non mise en œuvre.*

Relance possible : J'aimerais aborder avec vous les modalités d'interventions des différentes actions du dispositif de podologie.

Thème : Modalités d'intervention de l'action – Atelier d'éducation thérapeutique en groupe « Des pieds en bonne santé » au Centre d'Éducation de l'ASS-NC.

- **Description du déroulement de l'atelier :**
 - *Cahier des charges.*
 - *Différents temps, thèmes et durée de l'atelier.*
 - *Distribution de documents informatifs : à quel moment de l'atelier ?*
- **Examen des pieds des participants en fin d'atelier.**
- **Rémunération.**
- **Avis personnel sur l'atelier d'éducation thérapeutique en groupe :**
 - *Points forts / Faiblesses.*

- Améliorations potentielles ou non à apporter.

Thème : Modalités d'intervention de l'action – Forfait de soins podologiques dans le Grand-Nouméa.

- **Description du déroulement global du forfait :**
 - *Cahier des charges.*
 - *Différents temps du forfait.*
 - *Démarche en cas de situation compliquée ou en cas de mauvaise gradation par le médecin.*
- **Description du déroulement d'un bilan initial / d'une séance de soin / d'un bilan final du forfait :**
 - *Différents temps et durée d'un bilan initial / d'une séance de soin / d'un bilan final du forfait.*
- **Rémunération.**
- **Avis personnel sur le forfait :**
 - *Points forts / Faiblesses.*
 - *Améliorations potentielles ou non à apporter.*

Thème : Modalités d'intervention de l'action – Vacations de podologie dans les CMS.

- **Description de l'organisation d'une vacation en CMS (étape(s) en amont).**
- **Description du déroulement global d'une journée de vacation :**
 - *Cahier des charges.*
 - *Différents temps de la journée.*
 - *Différence d'un CMS à un autre.*
- **Description du déroulement d'un bilan initial / d'une séance de soin / d'un bilan final au sein d'une vacation en CMS :**
 - *Différents temps et durée d'un bilan initial / d'une séance de soin / d'un bilan final.*
- **Description de la mission d'éducation thérapeutique des patients au pied diabétique au cours des séances de vacations (bilans et séances de soins).**
- **Description de la mission de formation des professionnels de santé sur site.**
- **Matériel mis à disposition pour les vacations par l'ASS-NC.**
- **Rémunération.**
- **Avis personnel sur cette action de vacations de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles :**
 - *Points forts / Faiblesses.*
 - *Améliorations potentielles ou non à apporter.*

Thème : Connaissance du terrain de déploiement du dispositif de podologie.

Relance possible : La NC est un pays d'Outre-Mer avec de nombreuses particularités. J'aimerais aborder avec vous les spécificités de ce terrain de déploiement du dispositif de podologie.

De votre expérience en tant que médecin pilote du programme Diabète en NC :

- **Principales spécificités de la NC à prendre en compte lors de la mise en œuvre d'un programme de prévention/promotion de la santé.**
 - *Contraintes majeures du terrain de déploiement du dispositif de podologie.*
 - *Opportunités du terrain de déploiement du dispositif de podologie.*
- **Sensibilité des professionnels de santé et des personnes diabétiques aux complications podologiques.**

Thème : Idées d'amélioration de la prévention des amputations des membres inférieurs.

Relance possible : J'aimerais aborder avec vous de possibles améliorations de la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC.

- **Avis sur la mise en place de campagne(s) de communication/sensibilisation sur comment « bien vivre avec le diabète » (suivi au quotidien, sensibiliser aux complications du diabète) :**
 - *Pertinence.*
 - *Forme(s) jugée(s) adéquate(s).*
- **Avis sur le développement du dispositif Action de Santé Libérale En Équipe (ASALEE) en NC.** *Remarque : Expliquer le dispositif si non connu.*
- **Observation d'action(s) mise(s) en place en dehors de celles du dispositif pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.**
 - *Si oui : Où ? Par qui ?*
 - *Perception de l'action.*
- **Avis sur la mise en place d'un programme de promotion de la santé des pieds :**
 - *Pertinence d'un programme de promotion de la santé des pieds en NC.*
 - *Milieu(x) potentiel(s) de déploiement.*
- **Proposition(s) d'action(s) de sensibilisation à mettre en œuvre en NC pour améliorer la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.**

Thème : Carrière professionnelle.

Relance possible : J'aimerais que vous me parliez de votre carrière professionnelle.

- **Choix de la profession de médecin de santé publique :**
 - *Points appréciés dans le métier / dans le milieu médical / dans la santé publique.*
- **Raison(s) d'exercice en Nouvelle-Calédonie :**
 - *Attrait des spécificités de la NC en termes de pathologies.*
- **Choix de devenir médecin pilote du programme Diabète en NC :**
 - *Importance du diabète : expérience, vécu et ressenti par rapport au diabète.*

Fin de l'entretien semi-directif :

- *« Avez-vous quelque chose à ajouter suite à cet entretien ? »*
- *« Merci de votre participation ».*

Remarques sur l'entretien :

- *Durée :*
- *Remarques personnelles :*

Guide d'entretien semi-directif à destination des professionnels de santé médicaux.

Date et lieu de l'entretien :

Nom du participant :

Code anonyme :

Objectifs de l'entretien :

- Identifier les déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications.
- Connaître la sensibilité des professionnels de santé à l'égard du pied diabétique et son risque podologique.
- Identifier des possibilités d'amélioration pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.

Temps de présentation en amont de l'entretien individuel semi-directif :

Bonjour, je m'appelle Olivia Pontheaux et je suis étudiante en Master 2 de Promotion de la Santé. Dans ce cadre, il nous est demandé de réaliser un mémoire de fin d'année d'étude en lien avec notre stage. Évaluant le dispositif de podologie « Prévention des amputations », mon sujet porte ainsi sur la compréhension de la non-diminution du nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC malgré la mise en place de ce dispositif. Pour ce fait, je réalise des entretiens auprès de professionnels de santé dans un triple but : *[Rappeler les objectifs ci-dessus]*.

Cet entretien individuel de type semi-directif est anonyme (ensemble des données confidentielles) et sans jugement (pas de bonnes ou de mauvaises réponses). La durée maximale prévue est de 2 heures.

Dans le but de faciliter l'analyse des données, j'aimerais effectuer un enregistrement vocal de notre rencontre. Êtes-vous d'accord ? Ce dernier sera détruit une fois le mémoire fini et rendu à l'université.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Présentation succincte de l'interviewé :

- | | |
|------------|------------------------------------|
| • Âge : | • Nombre d'années d'exercice : |
| • Sexe : | - Au total : |
| • Emploi : | - En NC : |
| • Ethnie : | • Province et commune d'exercice : |

Consigne initial : Vous êtes un professionnel de santé exerçant en Nouvelle-Calédonie. En tant que tel, pourriez-vous me parler du diabète en Nouvelle-Calédonie ? Comment expliquez-vous le fait que le diabète et ses complications soient un problème majeur de santé publique sur l'île ?

Thème : La prévention du diabète.

Relance possible : Le diabète est un problème majeur de santé publique en NC. Ainsi, j'aimerais aborder avec vous les déterminants pouvant influencer la prévention du diabète et ce, notamment en NC.

- **Obstacles et facteurs facilitants pouvant influencer la prévention du diabète de type 2 en NC :**
 - Ethnicité.
 - Modes de vie.
 - Facteurs socio-économiques (éducation, revenu, emploi).
 - Facteurs psychosociaux.
 - Système de santé.
 - Environnement social, familial, physique, alimentaire, urbain/rural.

- Contexte global du pays (en termes de politiques publiques).
- **Place de la culture notamment celles locales dans la prévention du diabète.**
- **Type(s) d'approche de prévention primaire.**

Thème : La gestion du diabète et la prévention de ses complications.

Relance possible : J'aimerais aborder avec vous les déterminants pouvant influencer la gestion du diabète et la prévention de ses complications et ce, notamment en NC.

- **Obstacles et facteurs facilitants pouvant influencer la gestion et la prévention des complications du diabète de type 2 :**
 - Ethnicité.
 - Modes de vie.
 - Facteurs socio-économiques (éducation, revenu, emploi).
 - Facteurs psychosociaux.
 - Système de santé.
 - Environnement social, familial, physique, alimentaire, urbain/rural.
 - Contexte global du pays (en termes de politiques publiques).
- **Place de la culture notamment celles locales dans la gestion du diabète et la prévention de ses complications.**
- **Relations avec les patients diabétiques.**
- **Gestion du diabète et la prévention de ses complications sur l'île :**
 - Type(s) d'approche de prévention tertiaire.
 - Action(s) de sensibilisation non présente(s) à développer en NC.
 - Contraintes et opportunités du territoire et de sa population à prendre en compte.

Thème : Sensibilisation au pied diabétique.

Relance possible : J'aimerais parler avec vous des complications du diabète.

- **Sensibilité aux différentes complications du diabète :**
 - Un ordre d'importance est-il établi ?

Éléments explorés : Connaître la sensibilité des médecins aux différentes complications du diabète.

- **Attention portée aux pieds des patients diabétiques :**
 - Organe négligé dans la prise en charge du patient diabétique ?
 - Mise en œuvre des examens recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le dépistage des pieds diabétiques / Gradation du risque podologique.
 - Mise en place d'outils pour la prise en charge des pieds des patients diabétiques.
- **Approche de prévention à l'égard des patients diabétiques par rapport à leurs pieds et au risque podologique :**
 - Utilisation de supports ou non.
 - Thème(s) abordé(s).
 - Temps prévus.
 - Fréquence de réalisation.
- **Difficultés rencontrées à la mise en place de cette prévention :**
 - Support(s).
 - Temps.
 - Connaissances.
 - Implication / intérêt du patient.
- **Optimisation de cette prévention :**
 - Aide(s) pour faciliter cette prévention.
 - Manque pour cette prévention.

- **Connaissance et avis sur le dispositif de podologie « Prévention des amputations » en NC.** *Remarque : Expliquer le dispositif si non connu.*

Thème : Idées d'amélioration de la prévention des amputations des membres inférieurs.

Relance possible : J'aimerais aborder avec vous de possibles améliorations de la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en NC.

- **Avis sur la mise en place de campagne(s) de communication / sensibilisation sur comment « bien vivre avec le diabète » (suivi au quotidien, sensibiliser aux complications du diabète) ?**
 - *Pertinence d'une campagne de communication/sensibilisation.*
 - *Forme(s) jugée(s) adéquate(s).*
- **Avis sur le développement du dispositif Action de SANTé Libérale En Équipe (ASALEE) en NC.** *Remarque : Expliquer le dispositif si non connu.*
- **Observation d'action(s) mise(s) en place en dehors de celles du dispositif pour la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.**
 - *Si oui : Où ? Par qui ?*
 - *Perception de l'action.*
- **Avis sur la mise en place d'un programme de promotion de la santé des pieds :**
 - *Pertinence d'un programme de promotion de la santé des pieds en NC.*
 - *Milieu(x) potentiel(s) de déploiement.*
- **Proposition(s) d'action(s) de sensibilisation à mettre en œuvre en NC pour améliorer la prévention des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques.**

Thème : Carrière professionnelle.

Relance possible : J'aimerais que vous me parliez de votre carrière professionnelle.

- **Choix de la profession :**
 - *Points appréciés dans le métier / dans le monde médical.*
- **Raison(s) d'exercice en NC :**
 - *Attrait des spécificités de la NC en termes de pathologies.*

Fin de l'entretien semi-directif :

- *« Avez-vous quelque chose à ajouter suite à cet entretien ? »*
- *« Merci de votre participation ».*

Remarques sur l'entretien :

- *Durée :*
- *Remarques personnelles :*

Objectif général du mémoire : Comprendre la non-diminution du nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques malgré la mise en place du dispositif de podologie « Prévention des amputations » depuis 2008.

Cette observation rentre dans le cadre de **l'objectif spécifique 3** du mémoire :

- Connaître les modalités d'intervention des actions réalisées par les pédicures-podologues au sein du dispositif de podologie « Prévention des amputations ».

L'objectif de l'observation dont la grille est présentée ci-dessous est de connaître les modalités d'intervention de l'action d'atelier d'éducation thérapeutique en groupe « Des pieds en bonne santé » réalisée par les pédicures-podologues au Centre d'Éducation.

CRITÈRES		OBSERVATIONS <i>Qu'est-ce que j'ai observé ?</i>	NOTES PERSONELLES <i>Commentaires</i>
Moment	Heure / Durée		
	Date		
Lieu	Emplacement		
	Aménagement		
Participants (personnes diabétiques)	Description physique (ethnie, âge, sexe etc.)		
	Nombre (total et rapport hommes/femmes)		
	Attitude(s) des participants (intérêt pour l'atelier, postures etc.)		
	Comportement(s) des participants (participation à l'atelier)		
	Autre		
Intervenant (pédicure-podologue)	Présentation générale de l'atelier (se présenter, présenter l'atelier et ses objectifs)		
	Temps de connaissance des patients		
	Attitude au cours de l'atelier		
	Façon de mener l'atelier		
	Autre		
Déroulement de l'intervention	Les différents temps de l'atelier		
	Présence de pauses		
	Autre		
Interactions	Que disent les gens ? (thèmes abordés)		
	Échange(s) intervenant/participant(s)		
	Échange(s) entre participants		
Ambiance	Atmosphère		
	Relations		

Commentaire global observateur :

Objectif général du mémoire : Comprendre la non-diminution du nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques malgré la mise en place du dispositif de podologie « Prévention des amputations » depuis 2008.

Cette observation rentre dans le cadre de **l'objectif spécifique 3** du mémoire :

- Connaître les modalités d'intervention des actions réalisées par les pédicures-podologues au sein du dispositif de podologie « Prévention des amputations ».

L'objectif de l'observation dont la grille est présentée ci-dessous est de connaître les modalités d'intervention de l'action des séances de soin du forfait de soins podologiques réalisée par les pédicures-podologues.

CRITÈRES		OBSERVATIONS <i>Qu'est-ce que j'ai observé ?</i>	NOTES PERSONELLES <i>Commentaires</i>
Moment	Heure / Durée		
	Date		
Lieu	Emplacement		
	Aménagement		
Patient diabétique	Description physique (ethnie, âge, sexe etc.)		
	Attitude (intérêt pour le soin et les conseils, posture etc.)		
	Comportement (participation à la séance de soin, demande de conseils)		
	Autre		
Professionnel de santé (pédicure-podologue)	Présentation générale de la séance de bilan ou soin et de ses objectifs		
	Attitude au cours du bilan / soin		
	Façon de mener la séance de bilan / soin		
	Autre		
Déroulement de l'intervention	Les différents temps de la séance de bilan / soin		
	Autre		
Interactions	Que disent les gens ? (thèmes abordés)		
	Échange(s) professionnel de santé/patient		
Ambiance	Atmosphère		
	Relation		

Commentaire global observateur :

Objectif général du mémoire : Comprendre la non-diminution du nombre d'amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques malgré la mise en place du dispositif de podologie « Prévention des amputations » depuis 2008.

Cette observation rentre dans le cadre de **l'objectif spécifique 3** du mémoire :

- Connaître les modalités d'intervention des actions réalisées par les pédicures-podologues au sein du dispositif de podologie « Prévention des amputations ».

L'objectif de l'observation dont les grilles sont présentées ci-dessous est de connaître les modalités d'intervention de l'action de vacation de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles réalisée par les pédicures-podologues.

Grille d'observation d'une journée de vacation :

CRITÈRES		OBSERVATIONS <i>Qu'est-ce que j'ai observé ?</i>	NOTES PERSONELLES <i>Commentaires</i>
Moment	Heure(s) (départ de Nouméa, arrivée au CMS et départ du CMS)		
	Durée de la vacation		
	Date		
Lieu de vacation (CMS)	Emplacement		
	Aménagement		
	Organisation sur place pour la vacation (patients convoqués, pédicure-podologue attendu, salle(s) mise à disposition etc.)		
	Autre		
Accueil	Accueil des pédicures-podologues par le CMS		
	Accueil des patients diabétiques par le CMS		
	Accueil des patients diabétiques par le pédicure-podologue		
	Salle d'attente (localisation et organisation)		
Salle(s) de soins pour la vacation	Nombre		
	Emplacement(s) (dans CMS)		
	Aménagement(s)		
Professionnel(s) de santé - Pédicure-podologue	Nombre pour la vacation		
	Sexe		
Rendez-vous (séance de soin) avec le pédicure-podologue	Nombre de rendez-vous programmé pour la journée		
	Nombre de rendez-vous réalisé par pédicure-podologue		
	Nombre de rendez-vous honoré et non honoré par les patients diabétiques		
Pause du midi	Repas : temps, lieu et personnes		
Fin de la journée de vacation	Rangement salle(s)/matériel(s)		
	Démarche administrative		

Grille d'observation d'une séance de soins en vacation :

CRITÈRES		OBSERVATIONS <i>Qu'est-ce que j'ai observé ?</i>	NOTES PERSONELLES <i>Commentaires</i>
Moment	Heure / Durée		
	Date		
Salle de soins	Emplacement (dans CMS)		
	Aménagement		
Patient diabétique	Description physique (ethnie, âge, sexe etc.)		
	Attitude (intérêt pour le soin et les conseils, posture etc.)		
	Comportement (participation à la séance de soin, demande de conseils etc.)		
	Autre		
Professionnel de santé - Pédicure-podologue	Accueil du patient diabétique		
	Présentation générale de la séance de soin et de ses objectifs		
	Attitude au cours du soin		
	Façon de mener la séance de soin		
	Autre		
Professionnel(s) de santé du CMS	Présence		
	Nombre		
	Attitude (intérêt pour la séance de soin)		
	Comportement (prise de notes, participation etc.)		
	Autre		
Déroulement de l'intervention	Les différents temps de la séance de soin		
	Autre		
Interactions	Que disent les gens ? (thèmes abordés)		
	Échange(s) professionnel(s) de santé/patient		
	Échange(s) entre professionnels de santé		
Ambiance	Atmosphère		
	Relation		

Commentaire global observateur :

Thème	Code
Représentation du diabète (dire le diabète, représenter la personne diabétique, origines/causes évoquées et prévention)	1
Modalités de découverte du diabète	2
Réactions à cette découverte (de la personne et de son entourage)	3
Impacts du diabète (maladie épreuve, perception de l'état de santé, vie quotidienne, vie professionnelle, relations sexuelles et relations familiales/sociales)	4
Gestion du diabète / prévention des complications (traitements médicamenteux et non-médicamenteux (mesures hygiéno-diététiques), gestion chiffrée, suivi médical de la maladie etc.)	5
Savoirs en santé (besoin de connaissance/d'explications sur la maladie, connaissances et accès aux savoirs)	6
Médecine traditionnelle (remèdes traditionnels et guérisseurs)	7
Réseau social (soutien social et relations avec les professionnel de santé)	8
Espoir de guérison (locus internes et externes)	9
Rapport de la personne au pied diabétique (connaissances, sensibilisation, moyens de prévention/protection connus et utilisés, démarche de soins etc.)	10
Expérience(s) de plaie(s) et/ou d'amputation (origine, démarche de soins, vécu de la plaie et/ou de l'amputation)	11
Rapport des professionnels de santé au pied diabétique (examen, éducation au pied diabétique et risque podologique)	12
Dispositif de podologie (connaissance et avis)	13
Pistes de réflexion soulevées pour la prévention des amputations des membres inférieurs	14
Autre, divers	15

Thème	Code
Choix de la carrière professionnelle (métier, exercice en NC et investissement dans le dispositif de podologie)	1
Dispositif de podologie (création et avis)	2
Modalités d'intervention de l'action – Atelier d'éducation thérapeutique au Centre d'Éducation (Grand-Nouméa)	3
Modalités d'intervention de l'action – Forfait de soins podologiques (Grand-Nouméa)	4
Modalités d'intervention de l'action – Vacations de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles (Hors Grand-Nouméa)	5
Spécificités de la NC (rôle du pédicure-podologue, société multiethnique, appartenance « calédonienne »)	6
Obstacles à la prévention des amputations des membres inférieurs (freins inhérents aux personnes diabétiques, aux professionnels de santé, au dispositif de podologie et à l'environnement calédonien)	7
Facteurs facilitants à la prévention des amputations des membres inférieurs (inhérents aux personnes diabétiques, aux professionnels de santé, au dispositif de podologie et à l'environnement calédonien)	8
Attitude du professionnel de santé (relation soignant/soigné)	9
Exemples de plaies du pied diabétique et/ou d'amputation	10
Décision d'amputation (chirurgical)	11
Autres actions existantes (en dehors du dispositif de podologie) pour la prévention des amputations des membres inférieurs	12
Pistes de réflexion soulevées pour la prévention des amputations des membres inférieurs	13
Autre, divers	14

Thème	Code
Choix de la carrière professionnelle (métier, exercice en NC, médecin et pilote du programme diabète)	1
Déterminants sociaux de la santé en cause dans le DT2 et ses complications (déterminants distaux, intermédiaires et proximaux)	2
Prévention (primaire) et gestion du DT2 (prévention des complications) (facteurs facilitants existants et approches à favoriser)	3
Cultures locales (conception océanienne de la santé et de la maladie, médecine traditionnelle et mode de vie)	4
Programme(s) Diabète (données épidémiologiques, mise en place / évolution et objectifs / actions du programme)	5
Spécificités de la NC (société multiethnique, démographie médicale, aménagement du territoire, provincialisation, autofinancement des programmes de l'ASS-NC)	6
Dispositif de podologie (création et avis)	7
Modalités d'intervention de l'action – Atelier d'éducation thérapeutique au Centre d'Éducation (Grand-Nouméa)	8
Modalités d'intervention de l'action – Forfait de soins podologiques (Grand-Nouméa)	9
Modalités d'intervention de l'action – Vacations de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles (Hors Grand-Nouméa)	10
Obstacles à la prévention des amputations des membres inférieurs (freins inhérents aux personnes diabétiques, aux professionnels de santé, au dispositif de podologie, et à l'environnement calédonien)	11
Autres actions existantes (en dehors du dispositif de podologie) pour la prévention des amputations des membres inférieurs	12
Pistes de réflexion soulevées pour la prévention des amputations des membres inférieurs	13
Autre, divers	14

Thème	Code
Choix de la carrière professionnelle (métier et exercice en NC)	1
Déterminants sociaux de la santé en cause dans le DT2 et ses complications (déterminants distaux, intermédiaires et proximaux)	2
Prévention (primaire) et gestion du DT2 (prévention des complications) (facteurs facilitants existants et approches à favoriser)	3
Cultures locales (conception océanienne de la santé et de la maladie, médecine traditionnelle et mode de vie)	4
Spécificités de la NC (société multiethnique, aménagement du territoire et rapport à l'argent)	5
Attitude du professionnel de santé (relation soignant/soigné)	6
Rapport aux complications du diabète (exhaustivité ou hiérarchisation)	7
Rapport au pied diabétique (examen des pieds diabétiques, gradation du risque podologique, ETP au pied diabétique, outils de rappel et impact des complications podologiques)	8
Obstacles à la prévention des amputations des membres inférieurs (freins inhérents à la personne diabétique, aux professionnels de santé, au dispositif de podologie et à l'environnement calédonien)	9
Dispositif de podologie (connaissance et avis)	10
Autres actions existantes (en dehors du dispositif de podologie) pour la prévention des amputations des membres inférieurs	11
Pistes de réflexion soulevées pour la prévention des amputations des membres inférieurs	12
Autre, divers	13

Le tableau ci-dessous regroupe les résultats inhérents aux personnes diabétiques interviewées.

Légende : D = Diabétique.

Thèmes	Mots-clés et sous-catégories		Nombre de répondants	Verbatims correspondants
Représentations du diabète <i>Thème 1</i>	Dire le diabète	Du sucre en excès	7	<i>D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7</i>
		Une maladie d'excès	1	<i>D6</i>
		La maladie des gros	1	<i>D7</i>
		Une maladie destructrice	7	<i>Santé physique : D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7</i>
			1	<i>Santé mentale : D1</i>
			3	<i>Espérance de vie : D1 / D5 / D7</i>
			3	<i>Maladie la plus grave : D3 / D5 / D6</i>
		Une maladie potentiellement grave	2	<i>D2 / D4</i>
		Une maladie silencieuse (absence de symptômes)	7	<i>D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7</i>
		Une maladie à surveiller	4	<i>D1 / D2 / D5 / D6</i>
		Un petit diabète	1	<i>D2</i>
	Représenter la personne diabétique	Un malade sans maladie (absence de symptômes)	4	<i>D1 / D2 / D3 / D5</i>
		Être handicapé	2	<i>D5 / D6</i>
		Être obèse	2	<i>D4 / D7</i>
		Être stressé	2	<i>D4 / D7</i>
	Origines / causes évoquées	Pratiques alimentaires (excès)	7	<i>D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7</i>
		Le poids	5	<i>D2 / D3 / D4 / D5 / D7</i>
		Hérédité	4	<i>D1 / D3 / D4 / D7</i>
		Choc émotionnel / stress	3	<i>D2 / D4 / D5</i>
		Non-pratique d'activité physique / sportive	3	<i>D1 / D4 / D7</i>
		Changements de mode de vie (exode rural)	1	<i>D6</i>
		Religion (œuvre du diable)	1	<i>D3</i>
	Prévention	Possible : « Diabète en sommeil »	4	<i>D1 / D2 / D6 / D7</i>
		Impossible	3	<i>D3 / D4 / D5</i>
Modalités de	Mode attendu		4	<i>D2 / D3 / D6 / D7</i>

découverte du diabète <i>Thème 2</i>	Mode inopiné		2	D1 / D5
	Mode bruyant		1	D4
Réactions à cette découverte <i>Thème 3</i>	Personne diabétique	Incompréhension	4	D1 / D2 / D4 / D6
		Banalisation de la maladie	3	D2 / D5 / D7
		Le cacher à son entourage (familial/social)	3	D2 / D4 / D7
		Maladie attendue	2	D1 / D7
		Peur / inquiétude	2	D3 / D4
		Punition	1	D1
	Entourage	Banalisation de la maladie	3	D2 / D4 / D6
		Peur / inquiétude	3	D3 / D4 / D5
		Porter une aide	3	D1 / D2 / D3 / D5 / D7
		Contrainte	1	D4
		Maladie attendue	1	D1
		Se détourner de la personne malade	1	D5
Impacts du diabète <i>Thème 4</i>	Maladie épreuve	Crainte des complications	7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
		Maladie à accepter	4	D1 / D3 / D4 / D5
		Combat de tous les jours	3	D1 / D5 / D6 (jeu pour D5 / D6)
		Prise de conscience (se remettre en cause)	3	D1 / D2 / D5
		Gérer les complications	3	D5 / D6 / D7
	Perception de l'état de santé	« Épée de Damoclès »	4	D3 / D4 / D5 / D7
		En amélioration	3	D1 / D2 / D6
		Se sentir en « bonne santé »	1	D2
	Vie quotidienne	Changements des pratiques alimentaires	3	Diminuer les sucreries / sucre : D4 / D5 / D7
			2	Équilibrer l'alimentation : D1 / D3
			1	S'investir dans l'agriculture : D6
			1	Connaitre le taux de sucre : D7
		S'investir dans le sport	4	D1 / D2 / D4 / D7
		Changements des pratiques physiques (augmenter la marche)	3	D3 / D4 / D7
		Changements des pratiques alimentaires / physiques de la famille	2	D6 / D7
		Des loisirs abandonnés	2	D3 / D5
		Démarches administratives compliquées	1	D5
		Cacher le diabète (ne pas l'annoncer)	3	Choix : D2 / D7 Peur de perdre son travail : D4

	Vie professionnelle	Hyperglycémie volontaire	1	D3
		Peur de ne pas trouver de travail	1	D1
	Relations sexuelles (avec conjoint)	Impuissance sexuelle	2	D5 / D6
		Dyspareunie	1	D3
	Relations familiales/sociales	Individualisation des pratiques alimentaires (prescriptions diététiques refusées par la famille)	3	D3 / D4 / D6
		Disparition de liens sociaux	2	Ne plus être invité : D4 / D5 Perdre des amis : D5
		Transmettre son savoir / expérience	2	D1 / D7
Gestion du diabète / prévention des complications <i>Thème 5</i>	Traitements médicamenteux	Antidiabétiques oraux	6	Bien acceptés : D1 / D2 / D4 / D5 / D6 / D7
			1	Oubliés : D3
		Refus des antidiabétiques injectables	1	D2
		Insuline	1	Acceptée après complications : D6
		Évolution traitement : un traitement lourd	2	D2 / D5 (avec le temps et les comorbidités)
		Effets secondaires	2	D3 / D4
		Prise en charge à 100%	3	D3 / D4 / D5
		Difficulté à concilier avec le travail	1	D3
	Traitement non- médicamenteux : Pratiques alimentaires	Adopter une alimentation équilibrée (qualité et quantité)	6	D1 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
		Des repas régulés par l'activité physique	1	D2
		Connaitre les aliments	3	D4 / D5 / D6
		« Manger » interdit	4	D1 / D4 / D5 / D6
		Être obligé de manger	3	Manger pour ne pas vexer : D4 / D6 Ne pas gaspiller : D7
		Complicquée par les pratiques culturelles	2	D3 / D4
		Complicquée sur Nouméa	1	D3
		Complicquée par les comorbidités	1	D5
		Complicquée par le travail	1	D7
		S'investir dans le sport (post-annonce)	4	D1 / D2 / D4 / D7
		Sport « médicament »	1	D2

	Traitement non-médicamenteux : Activité physique	Activités physiques au quotidien	3	D3 / D4 / D7
		Compiquée en cas de comorbidités (déséquilibrant le diabète)	2	D2 / D6
		Arrêt du sport	1	Peur des complications : D3
	1		Insécurité : D5	
	Traitement non-médicamenteux : Gestion des émotions		3	D3 / D4 / D7
	Gestion chiffrée	Hb1Ac (prise de sang des 3 mois)	6	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D7
		ASG	4	D3 / D5 / D6 / D7 (stress pour D7)
		Carnet de surveillance	1	D6
	Responsabilité individuelle	Avoir la volonté	4	D1 / D2 / D6 / D7
		Faire ses propres choix	2	D2 / D6
	Suivi médical de la maladie	Médecin généraliste et/ou diabétologue central	6	D1 / D2 / D4 / D5 / D6 / D7
		Consultations de multiples professionnels	7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
		Stage au Centre d'Éducation	7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
		Carnet de suivi LM	3	D2 / D4 / D5
		Carte A Longue Maladie	1	D1
	Prévention des complications	Possible	6	D1 / D2 / D3 / D4 / D6 / D7
		Impossible	1	D5
Savoirs en santé Thème 6	Besoin de connaissance / d'explication sur la maladie		4	D1 / D2 / D3 / D7
	Connaissances	Mesures Hygiéno-Diététiques	7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
		Terminaisons finales	7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
		Processus	1	D2
	Accès aux savoirs	Expérience	4	D1 / D4 / D5 / D6
		Expérimentation	1	D6
		Famille	1	D1
		Observations / échanges avec d'autres personnes diabétiques	3	D3 / D4 / D7
		Professionnels de santé	7	Centre d'éducation : D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
			5	Autres professionnels : D2 / D4 / D5 / D6 / D7
Média (internet, TV)		5	D2 / D3 / D4 / D5 / D6	
Médecine traditionnelle Thème 7	Remèdes traditionnels	Usage de remèdes traditionnels	4	D1 / D3 / D6 / D7
		Non-croyance dans les remèdes traditionnels	3	D2 / D4 / D5

	Non recours aux guérisseurs		4	D1 / D3 / D6 / D7
Réseau social Thème 8	Soutien social/familial	Surveillance	5	D1 / D2 / D3 / D5 / D7
		Échanges avec des personnes diabétiques	2	D4 / D5
		Participer aux changements de comportements	2	D1 / D3
		Provocation	1	D1
		Donner des conseils	1	D1
	Liens sociaux/familiaux à l'épreuve	Relations familiales « tendues »	4	D4 / D3 / D6 / D7
		Disparition de liens sociaux	2	Ne plus être invité : D4 / D5
			1	Perdre des amis : D5
	Relation avec le médecin généraliste	Accessibilité/confiance/échange	3	D4 / D5 / D7
		Un « indicateur »	2	D1 / D6
		Relation conflictuelle	1	D3
		Un médecin n'étant plus consulté	1	D2
	Relations avec le diabétologue	Accessibilité/confiance/échange	1	D5
		Manque d'échanges	1	D2
		Manque de temps	1	D2
		Prisme du seul médicament	1	D2
	Un Centre d'Éducation « guide » et « à l'écoute »		6	D1 / D2 / D3 / D4 / D6 / D7
	Relations avec les autres professionnels de santé	Accessibilité / Confiance	3	D4 / D5 / D7
		Professionnels « indicateurs »	2	D1 / D6
		Relation classique	2	D2 / D3
		Manque de temps	1	D4
		Distance	1	D5
Espoir de guérison Thème 9	Locus internes	Mesures hygiéno-diététiques	1	D1
		Pratique d'activités sportives	1	D2
	Locus externes	Religion (prières)	2	D3 / D6
		Découvertes scientifiques	1	D2
		Famille	1	D1
	Connaissances sur le pied diabétique	Terminaison finale (amputation)	7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
		Pathologies podologiques (ND, AOMI, infection)	6	AOMI : D1 / D2 / D4 / D5 / D6 / D7
			5	Infection : D1 / D4 / D5 / D6 / D7
			3	ND : D1 / D2 / D6
		Facteurs de risque	3	Microtraumatismes (externes et internes) : D2 / D3 / D7
			1	Déséquilibre glycémique : D1
		Risque de ré-amputation	2	D5 / D7

Rapport de la personne (diabétique) au pied diabétique Thème 10		(maladie qui ronge)		
		Rapidité de la progression	1	D2
	Sensibilisation	Centre d'Éducation	6	D1 / D2 / D3 / D5 / D6 / D7
		Médecin généraliste et/ou diabétologue	4	D2 / D4 / D5 / D6
		Observation de personnes diabétiques amputées	3	D3 / D5 / D7
		Expérience	2	D2 / D5
		Famille	1	D1
	Moyens de prévention / protection connus	Chaussage correct	4	D2 / D4 / D6 / D7
		Crémer/masser les pieds	4	D1 / D2 / D3 / D7
		Activité physique	2	D1 / D4
		Coupe des ongles	2	D2 / D6
		Lavage/séchage des pieds	2	D2 / D3
		Inspection des pieds	2	D1 / D2
		Ne pas se blesser	2	D1 / D2
		Pédicure-podologue	1	D5
	Moyens de prévention / protection utilisés	Chaussage correct	7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
		Inspection des pieds	4	D1 / D2 / D3 / D7
		Lavage (+/- séchage) des pieds	4	D2 / D3 / D5 / D6
		Crémer/masser les pieds	3	D3 / D6 / D7
		Coupe des ongles	2	D2 / D6
		Activité physique	1	D1
		Ne pas se blesser	1	D5
		Pédicure-podologue	1	D5
	Pédicures-podologues	Non consultés	5	Pas d'intérêt / besoin : D1 / D2 / D4 / D6 / D7
			1	Défaut d'orientation : D3
		Consultés	1	Orienté par le diabétologue (amputations) : D5
	Démarche de soins (en cas de potentielles blessures)	Soins médicaux	6	D1 / D2 / D3 / D5 / D6 / D7
		Soins personnels	5	D1 / D2 / D5 / D6 / D7
		Remèdes traditionnels	2	D1 / D3 / D5
		Aucune	1	D4
	Motivation (soins des pieds)	Aide famille / infirmière à domicile	1	D5
		Éviter l'amputation	1	D1
		Éviter les douleurs	1	D1
		Faire du sport	1	D2

	Prévention précaire (soins des pieds)	Système D (miroir)	1	D5
		Difficulté de se baisser	3	D5 / D6 / D7
		Pas d'intérêt	3	D3 / D4 / D7
		Honte de montrer ses pieds	1	D5
		Non-port des chaussures orthopédique le soir	1	D5
Expérience(s) de plaie(s) et/ou d'amputation(s) <i>Thème 11</i>	Origine	Chaussage inadéquat	2	D2 / D5
		Hygiène des doigts de pieds sommaire (mycoses)	1	D2
		Ongles incarnés	1	D5
		Soins infirmiers (ampoules)	1	D5
		Traumatismes	1	D3
	Démarche de soins	Soins hospitaliers	1	Chirurgie de l'ongle incarné / curetage : D5
			1	Radio et chirurgie d'amputation : D5
		Soins médicaux (hors opération)	3	D2 / D3 / D5
		Soins personnels « classiques »	2	D2 / D3 / D5
		Remèdes traditionnels	1	D3
	Vécu de la plaie	Attention accrue aux pieds	1	D2
		Rapidité de progression	1	D2
		Gêne	1	D2
		Douleurs (brulures)	1	D5
		Peur / inquiétude (récurrence)	1	D5
	Vécu de l'amputation	Attention accrue aux pieds	1	D5
		Banalisation de l'opération	1	D5
		Peur / inquiétude (récurrence)	1	D5
		Chaussures orthopédiques (toute la journée)	1	D5
Rapport des professionnels de santé au pied diabétique <i>Thème 12</i>	Examens des pieds (dépistage)	Non ou très peu effectué (médecins généralistes)	4	D1 / D2 / D3 / D4
		Monofilament fait par le Centre d'Éducation	3	D2 / D5 / D6
		Très peu effectué (médecin généraliste et diabétologue)	2	D2 / D7
		Effectué régulièrement (médecin généraliste)	1	D6
		Effectué de par les antécédents podologiques (amputations) (médecin généraliste et diabétologue)	1	D5
		Palpation des pouls	1	D2

	ETP au pied diabétique	par le cardiologue		
		Centre d'éducation	5	D1 / D2 / D3 / D5 / D6
		En présence de complications	2	D2 / D7
		Inexistante	1	D4
	Risque podologique non connu (terme et grade)		7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
Dispositif de podologie <i>Thème 13</i>	Non-connaissance du dispositif		7	D1 / D2 / D3 / D4 / D5 / D6 / D7
	Avis	Positif	6	D1 / D2 / D3 / D5 / D6 / D7
		Manque de visibilité	2	D1 / D7
		Pas d'avis	1	D4
Pistes de réflexion soulevées pour la prévention des amputations des membres inférieurs <i>Thème 14</i>	Éducation / communication / sensibilisation	Campagnes de communication/sensibilisation	6	<u>POUR :</u> Informations aux plus grand nombre (mise en garde) : D1 / D2 / D3 / D4 / D6 Soutenir au mieux les personnes diabétiques (suivi) : D7
			1	<u>CONTRE : D5</u>
		Éducation / sensibilisation sanitaire (alimentation/hygiène)	1	D6
		Interventions « aller vers » (formation diabète dans les maisons de quartier / tribus)	4	D1 / D3 / D6 / D7
		Illustrer localement les interventions (utilisation de l'image et du langage local)	1	D6
	Contrôle du diabète sans piqûres (montres connectées)		1	D5
	Au niveau du système de santé	ASALEE	6	<u>POUR :</u> Améliorer le suivi : D2 / D3 / D5 Améliorer l'écoute : D4 / D6 Obtenir des informations précises : D7
			1	<u>PAS D'AVIS : D1</u>
		Augmenter la visibilité du Centre d'Éducation	2	D1 / D7
		ETP au pied diabétique effectuée par le médecin généraliste et/ou le diabétologue	2	D2 / D5
		Doubler le nombre de diabétologues	1	D2
		Former les professionnels de santé des CMS à la diabétologie	1	D2

Annexe 30 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par les 3 sous-catégories des professionnels de santé

Le tableau ci-dessous regroupe les résultats des thèmes identiques relevés pour les 3 sous-catégories de professionnels de santé.

Légende :

- Code couleurs en place : **En bleu, le médecin pilote** / **En vert, les pédicures-podologues** / En noir, les professionnels de santé médicaux.
- Abréviations : MP = Médecin Pilote / PP = Pédicure-Podologue / PS = Professionnel de Santé médical.

Thèmes	Mots-clés et sous-catégories		Nombre de répondants	Verbatims correspondants
Choix de la carrière professionnelle (Thème 1 pour les 3 sous-catégories)	Monde médical / paramédical	Relation/échange	7	PP1 / PP3 / PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Aider son prochain	5	MP / PP1 / PP3 / PS1 / PS3
		Diversité du métier	4	PP1 / PP3 / PS2 / PS3
		Un choix familial	2	MP / PP3
	Exercice en NC	Raisons professionnelles	2	Spécificités d'exercice : PP2 / PS2
			1	Pathologies de l'Outre-Mer : MP
		Raisons personnelles	4	Pays natal : PP1 / PP3 / PS4 / PS5
			2	Qualité de vie : PP2 / PS3
			2	Relations (couple) : PS1 / PS3
			3	Suite logique de la carrière professionnelle : MP / PP2 / PP3
			3	À l'origine de la création : MP / PP2 / PP3
	Spécificités de la NC Thème 6 pour le MP Thème 6 pour les PP Thème 5 pour les PS	Société multiethnique (différentes cultures)		6
Démographie médicale		2	MP / PS1 / PS2 / PS3 / PS5	
Rôle du pédicure-podologue		3	PP1 / PP2 / PP3	
Géographie / Aménagement du territoire calédonien		2	MP / PS1	
Provincialisation		2	MP / PS1	
Autofinancement des programmes de prévention et de promotion de la santé (ASS-NC)		1	MP	
Rapport à l'argent (gestion du budget)		1	PS1	
Appartenance « calédonienne »		1	PP1	
Dispositif de podologie Thème 7 pour le MP Thème 2 pour les PP Thème 10 pour les PS	Création du dispositif	État des lieux (à l'origine du choix des actions)	3	Remboursement quasi-inexistant par la CAFAT : MP / PP2 / PP3
			2	Absence de pédicures-podologues en dehors du Grand-Nouméa : MP / PP2
			1	Nombre d'amputations : MP
		Mise en place progressive du dispositif	3	MP / PP2 / PP3
		Appuie sur des données probantes	1	MP
		Non connu		1

	Connaissance du dispositif (professionnels de santé médicaux)	Connu (entièrement)	2	PS1 / PS5
		Connu à moitié	2	PS3 / PS4
	Avis sur le dispositif (positif mais freins développés dans thème « obstacles »)		9	MP / PP1 / PP2 / PP3 / PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
	Freins inhérents aux personnes diabétiques	Aspects culturels	8	Culture de la claquette et de la marche pieds nus : PP1 / PP2 / PP3 / PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5 Envie de plaire des polynésiens : PS1 / PS3 Résilience importance (océaniens) : PP2 / PP3 Localisation approximative des pieds (wallisien) : PS1
		Adhésion/compliance thérapeutique tardive (prise de conscience)	6	MP / PP1 / PP2 / PP3 / PS1 / PS5
		Compréhension difficile du lien pied/diabète	6	MP / PP1 / PP2 / PP3 / PS1 / PS5
		Aspects financiers	5	PP1 / PP2 / PP3 / PS3 / PS4
		Non-considération du pied	4	PP1 / PP3 / PS1 / PS4
		Santé physique	2	PP2 / PP3
		Comportements à risque	7	Chaussage inadapté : PP2 / PP3 / PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
			3	Conditions de vie dégradant le soin : PP1 / PP2 / PS5
			2	Outils de soins dangereux : PP1 / PP2
			2	Non-considération de la blessure (anodin, pas de douleurs et/ou d'odeurs) : PP2 / PP3
			1	Non-consultation de pédicures- podologues : PP2
		Croyances sur les complications podologiques	1	PP1
		Santé mentale	1	PP3
		Illettrisme	1	PP2
			5	Examens et gradation variables du pied diabétique : cf rapport au pied diabétique du tableau récapitulatif des résultats inhérents aux professionnels de santé médicaux.

Obstacles à la prévention des amputations des membres inférieurs <i>Thème 11 pour le MP</i> <i>Thème 7 pour les PP</i> <i>Thème 9 pour les PS</i>	Freins inhérents aux professionnels de santé	Médecins	7	Manque de temps (examen/prévention) : <i>PP1 / PP2 / PP3 / PS1 / PS2 / PS3 / PS5</i>
			7	Oubli (examen/prévention) : <i>PP1 / PP2 / PP3 / PS1 / PS2 / PS3 / PS5</i>
			4	Mauvaise gradation : <i>MP / PP1 / PP2 / PP3</i>
			2	Non-possession d'instruments : <i>PS3 / PS5</i>
			2	Lien fragile avec les CMS : <i>MP / PP2</i>
			2	Non-connaissance du métier de pédicure-podologue : <i>PP1 / PS2</i>
			2	Prise en charge curative inadéquate (non formé) : <i>PP2 / PS5</i>
			1	Non-connaissance de l'impact des amputations : <i>PS5</i>
	Freins inhérents au dispositif de podologie	Infirmiers	2	Manque de formation pour les soins podologiques diabétiques : <i>PP2 / PP3</i>
			2	Coupe des ongles non effectuée (non voulu et/ou manque de temps) : <i>PP2 / PP3</i>
			1	Temps éducatif avant : <i>PS1</i>
		Pédicures-podologues	3	<i>PP1 / PP2 / PP3 (baisse de motivation)</i>
		Atelier d'éducation thérapeutique	1	Évaluation mal effectuée : <i>PP2</i>
			1	Localisation du Centre d'Éducation : <i>PP3</i>
		Forfait de soins podologiques	5	Inégalités Brousse / Grand-Nouméa : <i>MP / PP2 / PS1 / PS3 / PS4</i>
			4	Manque de séances / d'actes (diminution du quota) : <i>PP1 / PP2 / PP3 / PS5</i>
			3	Mauvaise / Non-connaissance du forfait de soins : <i>PP1 / PP2 / PS1</i>
			3	Horizon sombre : <i>MP / PP1 / PP3</i>
			1	Signature de convention tardive : <i>PP3</i>
		Vacations de podologie dans les CMS	4	Des CMS trop peu / non desservis : <i>MP / PP2 / PS2 / PS5</i>
			3	Organisation du CMS : <i>MP / PP1 / PP2</i>
			2	Évènements culturels (aucun patient ne venant) : <i>PP1 / PP3</i>
			1	Impossibilité de déplacements en tribu : <i>PP3</i>
			1	Prix du transport (avion) : <i>PP2</i>
			1	Sous-utilisation : <i>MP</i>
		Rémunération	2	<i>PP2</i>

	Freins inhérents à l'environnement calédonien	Système de santé (offre sanitaire)	7	Non prise en charge de la CAFAT et des aides médicales : MP / PP1 / PP2 / PP3 / PS1 / PS3 / PS5
			2	Au niveau hospitalier : PP2 / PS5
			1	Accessibilité aux pédicures-podologues limitée en dehors du Grand-Nouméa : PS2
			1	Fermeture prévue de CMS : MP
			1	Pas de prise en charge du transport (Grand-Nouméa) pour des UPD : PP2
		Métier de pédicure-podologue non connu	2	PP1 / PP2
		Absence de volonté des provinces	1	PP2
		Absence de sollicitation de l'association des diabétiques	1	PP2
		Problèmes de chaussage (inadapté au pays)	1	PP2
Autres actions existantes (en dehors du dispositif de podologie) pour la prévention des amputations des membres inférieurs Thème 12 pour le MP Thème 12 pour les PP Thème 11 pour les PS	SMS diab – Province Nord		1	MP
	IPA (infirmiers en pratiques avancées)		1	PS5
	Chaussage professionnel adapté (magasin sur Nouméa)		1	PP2
	Actions par les pédicures-podologues	Intervention grand-public	3	PP1 / PP2 / PP3
		Atelier d'éducation podologique en milieu hospitalier	1	PP3
		Chaussage à moindre coût	1	PP2
		Éducation des employeurs	1	PP2
	Prise en charge multidisciplinaire du pied diabétique (en cours)	Unité pied diabétique (clinique)	1	PS5
		Consultations pied diabétique (cabinet privé)	3	PP2 / PP3 / PS5
	Anciennes actions évoquées		3	PP2 / PP3 / PS1
Aucune action observée		4	PS2 / PS3 / PS4 / PS5	
	Améliorations du dispositif de podologie	Au niveau de l'atelier d'éducation	2	Le rendre obligatoire : PP1 / PP3
			1	Évaluation des pieds par le pédicure-podologue : PP2
		Au niveau des vacations de podologie	1	Organiser des passages mensuels : PP3
		Au niveau du forfait de soins podologiques	3	Augmenter le nombre d'actes par an par pédicure-podologue : PP1 / PP2 / PS5
			3	Ouverture aux grades 0 et 1 (au moins 1 séance) : PS3 / PS4 / PS5

Pistes de réflexion soulignées pour la prévention des amputations des membres inférieurs <i>Thème 13 pour le MP</i> <i>Thème 13 pour les PP</i> <i>Thème 12 pour les PS</i>	Éducation / communication / sensibilisation	Campagne de communication / sensibilisation	8	POUR : PP1 / PP2 / PP3 / PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
			1	MITIGÉ : MP
		Visites éducatives thérapeutiques	2	PP1 / PP2
		Interventions communautaires (culturelle)	1	PP1
		Programme de promotion de la santé des pieds	7	POUR : Actions sur le chaussage : PP2 / PP3 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5 Éducation sanitaire (hygiène des pieds) : PS2 / PS3 / PS4 / PS5 Actions de prévention couplées – obésité / pieds chez les enfants : PP2 Faire connaître le métier de pédicure-podologue aux médecins : PP1
			1	MITIGÉ : MP (besoin d'un état des lieux)
			1	CONTRE : PS1 (pas pertinent)
			1	PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Éducation sanitaire (école)	1	
		Redévelopper des actions du programme Diabète	1	PP2
	Au niveau du système de santé	ASALEE	5	POUR : MP / PP1 / PP3 / PS2 / PS5
			2	MITIGÉ : PS3 / PS4
			2	CONTRE : PP2 / PS1 (domaine soit des pédicures-podologues, soit du Centre d'Éducation)
		Investissement CAFAT / Aides Médicales	6	MP / PP1 / PP2 / PS1 / PS2 / PS4 Bilan ASS-NC et curatif caisses : PP1 Bilan annuel dans le protocole de soins : PS1 / PS3
		Formation continue des professionnels de santé au pied diabétique	3	PP2 / PS2 / PS5
		Développement d'une consultation pied diabétique multidisciplinaire	2	MP / PS2
	Actions / approches à favoriser	→ Cf tableau récapitulatif des résultats inhérents au médecin pilote et aux professionnels de santé médicaux		

Le tableau ci-dessous regroupe les résultats des thèmes identiques relevés pour les 2 sous-catégories de professionnels de santé que sont le médecin pilote et les pédicures-podologues. Légende :

- Code couleurs en place : **En bleu, le médecin pilote / En vert, les pédicures-podologues.**
- Abréviations : MP = Médecin Pilote / PP = Pédicure-Podologue.

Thèmes	Mots-clés et sous-catégories		Nombre de répondants	Verbatims correspondants
Modalités d'intervention de l'action - Atelier d'éducation thérapeutique au Centre d'Éducation (Grand-Nouméa) <i>Thème 8 pour le MP</i> <i>Thème 3 pour les PP</i>	Création de l'atelier (et fiche) en équipe (2006 après transfert)		2	<i>MP / PP2</i>
	Description de l'atelier	Présentation de l'intervenant, du métier et de l'atelier	2	<i>PP1 / PP2</i>
		Connaitre les participants	1	<i>PP1</i>
		Interactions / Échanges	2	<i>PP1 / PP2</i>
		Thèmes abordés (ordre de la fiche)	2	<i>PP1 / PP2</i>
		Fiche synthétique	3	<i>MP / PP1 / PP2</i>
		Examen des pieds (fiche pieds)	2	Effectué : PP1 Non effectué : PP2
	Partage des ateliers (document Word envoyé au syndicat)		1	<i>PP2</i>
	Rémunération		3	<i>MP / PP1 / PP2</i>
	Formation des pédicures-podologues		1	<i>MP</i>
Modalités d'intervention de l'action - Forfait de soins podologiques (Grand-Nouméa) <i>Thème 9 pour le MP</i> <i>Thème 4 pour les PP</i>	Description global du forfait de soins		1	<i>MP</i>
	Ordonnancier (forfait de soins)		2	<i>PP1 / PP2</i>
	Bilan initial		4	<i>MP / PP1 / PP2 / PP3</i>
	Séances de soins (actes et durée)		3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Bilan final		3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Démarche en cas de mauvaise gradation par le médecin		3	<i>MP / PP2 / PP3</i>
	Démarche en cas de situation compliquée		3	<i>MP / PP2 / PP3</i>
	Mission d'ETP au pied diabétique	Documents informatifs distribués	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Adaptation au patient et son projet de vie	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Adaptation au pays	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		ETP en continu	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Investissement du pédicure-podologue	1	<i>PP1</i>
	Fiches types ASS-NC (bilans et soins) utilisées		3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Rémunération		4	<i>MP / PP1 / PP2 / PP3</i>
	Formation des pédicures-podologues		1	<i>MP</i>
	Description globale des vacations en CMS	Ouvert à tous les grades	4	<i>MP / PP1 / PP2 / PP3</i>
		Évaluation initiale (mise en place)	1	<i>PP1</i>
		Triple objectif	1	<i>MP</i>

Modalités d'intervention de l'action - Vacations de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles (Hors Grand-Nouméa) <i>Thème 10 pour le MP</i> <i>Thème 5 pour les PP</i>		Consultations en matinée (majorité)	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Organisation en amont de la vacation	Convocations par le CMS	4	<i>MP / PP1 / PP2 / PP3</i>
		Dates de consultations envoyées pour l'année	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Organisation sur place	Préparation de la salle de soins	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Missions de soins	Bilan initial	4	<i>MP / PP1 / PP2 / PP3</i>
		Actes de soins	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Durée des séances de soins	4	<i>MP / PP1 / PP2 / PP3</i>
		Bilan final non-effectué	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Utilisation du dossier électronique	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Fiches de bilans / soins (ASS-NC) non remplis	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Missions d'ETP au pied diabétique	Documents informatifs	2	Non-distribués : PP1 / PP2
			1	Distribués : PP3
		Adaptation au patient et son projet de vie	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Adaptation au pays	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Mission de formation des professionnels de santé sur site	ETP en continu	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Variable selon le CMS (motivation et disponibilité)	4	<i>MP / PP1 / PP2 / PP3</i>
		Infirmiers et sur cas compliqués	3	<i>PP1 / PP2 / PP3</i>
	Matériel de soins		3	Matériel personnel : PP1 / PP2 / PP3
			1	Matériel de l'ASS-NC : MP
			1	Sur place : PP2
	Rémunération (forfait journalier (8h) et indemnités)		3	<i>MP / PP2 / PP3</i>
	Formation des pédicures-podologues		1	<i>MP</i>

Le tableau présent ci-dessous regroupe les résultats des thèmes identiques relevés pour les 2 sous-catégories de professionnels de santé que sont le médecin pilote et les professionnels de santé médicaux. Légende :

- Code couleurs en place : **En bleu, le médecin pilote** / En noir, les professionnels de santé médicaux.
- Abréviations : MP = Médecin Pilote / PS = Professionnel de Santé médical.

Thèmes	Mots-clés et sous-catégories		Nombre de répondants	Verbatims correspondants
Déterminants sociaux de la santé en cause dans le DT2 et ses complications en NC Thème 2 pour les 2	Déterminants proximaux	Habitude de vie et comportements	5	MP / PS1 / PS3 / PS4 / PS5
		Origine ethnique (en lien avec le thème « cultures locales »)	6	Conception océanienne de la santé et de la maladie : Image du corps : MP / PS1 / PS3 / PS4 / PS5 Faute / fatalité : PS1 / PS3 / PS5 Non-compréhension de la maladie chronique : PS1 / PS2 / PS3 Langue : PS1
			4	Gêne d'épargne : MP / PS1 / PS4 / PS5
			4	Remèdes traditionnels : PS1 / PS2 / PS3 / PS5
			4	Modes de vie : Alimentation : MP / PS1 / PS3 / PS5 Envie de plaire : PS1 / PS3 Vie en communauté : PS1
		Compétences personnelles et sociales	2	Manque de connaissances des produits sucrés : PS2 / PS4
			2	Facteurs psychosociaux (volonté, motivation et confiance en soi) : PS3 / PS4
			1	Faible littératie en santé : MP
			1	Gestion du budget difficile : PS1
		Caractéristiques socio-économiques	6	MP / PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Santé physique	3	MP / PS2 / PS3
		Santé mentale	1	MP
		Hérédité	1	MP
	Environnement alimentaire		5	Vie chère et offre obésogène importante : MP / PS1 / PS3 / PS4 / PS5
			1	Culture fruits/tubercules Hors Grand-Nouméa et consommation importante : PS2

	Déterminants intermédiaires	Environnement familial	4	Pratiques alimentaires familiales (éducation sanitaire) mauvaises : PS2 / PS3 / PS4 / PS5
			2	Manque de soutien : PS1 / PS2
			1	Connaissances en santé familiales : PS3
		Environnement physique	3	Logements (exigus sur Nouméa et précaires en Brousse) : PS1 / PS4 / PS5
			2	Aménagement du territoire : MP / PS1
		Environnement social	1	PS1 (bingo)
		Environnement professionnel	1	PS1 (horaires de travail)
		Environnement sanitaire	5	Démographie médicale compliquée : Accessibilité difficile aux spécialistes (CMS) : MP / PS1 / PS2 / PS3 / PS5 Turn-over important dans les CMS : : MP / PS1 / PS5 Manque de diabétologues et de professionnels de santé formés en diabétologie : PS5
			3	Actions de prévention inadéquates : MP / PS1 / PS5
			2	Accessibilité moindre du Centre d'Éducation : PS1 / PS3
			1	Gestion provinciale de la santé : PS1
	Déterminants distaux	Politiques publiques	6	Politique de santé (curatif) : MP / PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
			4	Politique économique (dépendant des importations) : MP / PS1 / PS2 / PS5
		Contexte culturel et social	4	Occidentalisation : MP / PS1 / PS3 / PS5
			1	Légendes urbaines sur le DT2 / tabou : PS3
			1	Tabou : PS1
		Colonisation (passé)	1	PS5
		Contexte économique	1	Inégalités sociales : MP
		Contexte scientifique	1	Absence de données épidémiologiques de suivi : MP
	Actions / approches à favoriser	Adapter les discours de prévention	1	Favoriser l'approche socio-anthropologique : PS5
			1	Favoriser l'approche holistique de la personne : PS1
		Favoriser une éducation sanitaire dès l'enfance	3	PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Favoriser la compréhension de la perception de la santé et de la maladie	3	PS1 / PS3 / PS5
		Favoriser le changement de comportements alimentaires	3	Favoriser la consommation de fruits et légumes locaux et/ou personnels : PS1 / PS3 / PS4
			1	Gestion du budget : PS1

Prévention (primaire) et gestion du DT2 (prévention des complications) Thème 3 pour les 2		Favoriser le changement de comportements physiques	2	Marches collectives (Promenade Pierre Vernier) : PS3 / PS4
		Favoriser des actions environnementales – environnement alimentaire	2	Développer les jardins familiaux : PS1 / PS3
			1	Taxe sur les produits sucrés : PS3
			1	Fermeture de l'alimentaire dans les stations-services : PS3
			1	Étiquette préventive sur les produits sucrés : PS2
		Favoriser des actions environnementales – environnement physique	1	Développer les modes de transport doux : PS1
		Redéployer le stage Obésité du Centre d'Éducation	1	PS4
	Facteurs facilitateurs existants	Vie en tribu / en Brousse (ruralité)	5	MP / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Système de santé	4	Couverture médicale et paramédicale : PS2 / PS3 / PS4 / PS5
			4	Accessibilité et codification de la LM : PS2 / PS3 / PS4 / PS5
			4	Carnet de suivi longue maladie : PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Campagnes de prévention « Mange Mieux, Bouge Plus »	2	PS3 / PS4
		Stage Diabète du Centre d'Éducation	2	PS3 / PS4
		Réseau social	1	Famille : MP
			1	Personnes diabétiques relais : PS4
		Culture agricole personnelle	1	PS1
		Présence d'espace vert (activités sportives)	1	PS3
	Observance médicale	1	PS3	
Cultures locales Thème 4 pour les 2	Conception océanienne (approche culturelle) de la santé et de la maladie		5	Image du corps : MP / PS1 / PS3 / PS4 / PS5
			3	Compréhension difficile du diabète (absence de symptômes/chronicité) : PS1 / PS2 / PS3
			3	Faute / fatalité : PS1 / PS3 / PS5
	Une nécessité à considérer		3	PS1 / PS3 / PS5
	Médecine traditionnelle (remèdes)		4	PS1 / PS3 / PS4 / PS5
	Mode de vie	Alimentation	5	MP / PS1 / PS2 / PS3 / PS5
		Envie de plaire	2	PS1 / PS3
		Communauté (partage)	1	PS1

Le tableau ci-dessous regroupe les résultats des thèmes relevés pour les 2 sous-catégories de professionnels de santé que sont les pédicures-podologues et les professionnels de santé médicaux. Légende :

- Code couleurs en place : **En vert, les pédicures-podologues** / En noir, les professionnels de santé médicaux.
- Abréviations : PP = Pédicure-Podologue / PS = Professionnel de Santé médical.

Thèmes	Mots-clés et sous-catégories	Nombre de répondants	Verbatims correspondants
Attitude du professionnel de santé (relation soignant/soigné) <i>Thème 9 pour les PP</i> <i>Thème 6 pour les PS</i>	Être bienveillant	4	PP1 / PP3 / PS1 / PS4
	S'adapter aux soignés (cultures/ethnies, ressources etc.)	5	Cultures/ethnies : PP1 / PP3 / PS1 / PS3 / PS5
		4	Traitements traditionnels : PS1 / PS3 / PS4 / PS5
		3	Ressources : PP1 / PS1 / PS2
		3	Niveaux de compréhension/adhésion : PS2 / PS3 / PS5
	Favoriser l'empowerment	6	PP1 / PP3 / PS1 / PS3 / PS4 / PS5
	Accessibilité, disponibilité et investissement	3	PP1 / PP2 / PS3
	Un certain paternalisme	2	PS2 / PP1
	Une relation jugée selon l'adhésion thérapeutique des soignés	3	PS2 / PS3 / PS4
	Utilisation de l'image	2	PP1 / PP3
	Jouer sur les réactions émotionnelles	2	Fierté : PP1 / PP3
		1	Peur : PP1

Le tableau ci-dessous regroupe les résultats des thèmes relevés seulement dans les entretiens des pédicures-podologues.

Abréviations : PP = Pédicure-Podologue.

Thèmes	Mots-clés et sous-catégories	Nombre de répondants	Verbatims correspondants
Facteurs facilitants à la prévention des amputations des membres inférieurs <i>Thème 8 pour les PP</i>	Facteurs facilitants inhérents aux personnes diabétiques	Adhésion thérapeutique	3 <i>PP1 / PP2 / PP3</i>
		Aspects financiers	2 <i>PP2 / PP3</i>
		Échanges entre personnes diabétiques (vécu, conseils)	1 <i>PP3</i>
	Facteurs facilitants inhérents aux professionnels de santé	Investissement des pédicures-podologues	3 <i>Interventions grand public : PP1 / PP2 / PP3</i>
			1 <i>Atelier d'éducation podologique en milieu hospitalier : PP3</i>
			1 <i>Chaussage à moindre coût : PP2</i>
			1 <i>Éducation des employeurs : PP2</i>
		Prise en charge multidisciplinaire	2 <i>Au sein du CMS : PP2 / PP3</i>
			2 <i>Consultation pied diabétique : PP2 / PP3</i>
		Appartenance « calédonienne »	1 <i>PP1</i>
	Facteurs facilitants inhérents au dispositif de podologie	Atelier d'ETP : formation de personnes diabétiques relais	2 <i>PP1 / PP2</i>
		Vacations dans des CMS bien organisés	2 <i>PP2 / PP3</i>
	Facteurs facilitants inhérents à l'environnement calédonien	Prise en charge de séances de soins par les mutuelles	2 <i>PP2 / PP3</i>
		Chaussage professionnel adapté (magasin à Nouméa)	1 <i>PP2</i>
		Espaces communs multiethniques appropriés	1 <i>PP1</i>
		Outils de prévention naturels	1 <i>PP1</i>
Exemples de plaie(s) du pied diabétique et/ou d'amputation(s) <i>Thème 10 pour les PP</i>	Soins de pieds déclencheurs		2 <i>PP2 / PP3</i>
	Ampoules		1 <i>PP3</i>
	Déséquilibre du diabète et comportements à risque		1 <i>PP3</i>
	Santé mentale (précaire)		1 <i>PP3</i>
	Santé physique (amputation « à la chaîne »)		1 <i>PP3</i>
	Pathologies (ND / infection)		1 <i>PP3</i>
Décision d'amputation (chirurgien) <i>Thème 11 pour les PP</i>	Actes non conservateurs		2 <i>PP2 / PP3</i>
	Basée sur de multiples examens		1 <i>PP3</i>

Annexe 35 : Tableau récapitulatif des résultats inhérents aux thèmes abordés par le médecin pilote seul

Le tableau ci-dessous regroupe les résultats des thèmes relevés seulement dans l'entretien du médecin pilote.

Abréviations : MP = Médecin Pilote.

Thèmes	Mots-clés et sous-catégories	Nombre de répondants	Verbatims correspondants
Programme(s) Diabète <i>Thème 5 (MP)</i>	Données épidémiologiques (justifiant la pertinence)	1	<i>MP</i>
	Mise en place et évolution du programme	1	<i>MP</i>
	Objectifs et actions du programme	1	<i>MP</i>

Le tableau ci-dessous regroupe les résultats des thèmes relevés seulement dans les entretiens des professionnels de santé médicaux.

Abréviations : PS = Professionnel de Santé médical.

Thèmes	Mots-clés et sous-catégories		Nombre de répondants	Verbatims correspondants
Rapport aux complications du diabète <i>Thème 7 pour les PS</i>	Hiérarchisation (pied diabétique dans le trio de tête avec les yeux et le cœur)		3	PS1 / PS2 / PS5
	Exhaustivité		2	PS3 / PS4
Rapport au pied diabétique <i>Thème 8 pour les PS</i>	Examens des pieds diabétiques	Objectivation de l'AOMI (palpation des pouls et/ou doppler)	5	PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Observation des pieds	5	PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Antécédents podologiques	3	PS1 / PS3 / PS5
		Objectivation de la ND (test du monofilament)	3	PS1 / PS3 / PS4
	Gradation du risque podologique	Effectuée	3	PS1 / PS4 / PS5
		Non-effectuée	2	PS2 / PS3
	ETP au pied diabétique	Temps : décours de la consultation	5	PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
		Thèmes abordés	5	Lien pieds/diabète : PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
			5	Inspection des pieds (auto-surveillance) : PS1 / PS2 / PS3 / PS4 / PS5
			4	Chaussage : PS1 / PS3 / PS4 / PS5
			4	Coupe des ongles : PS1 / PS2 / PS3 / PS5
			3	Séchage/lavage : PS1 / PS3 / PS5
			3	PS1 / PS3 / PS5
		Adaptée aux soignés (ressources/état des pieds)	3	PS1 / PS3 / PS5
	Outils de rappel		1	Mise en place d'outils : PS1
			4	Aucun outils : PS2 / PS3 / PS4 / PS5
	Impact des complications podologiques		1	PS5

Rapport d'observation de l'atelier d'éducation thérapeutique « Des pieds en bonne santé ».

L'atelier d'éducation thérapeutique « Des pieds en bonne santé » prend place les vendredis au Centre d'Éducation de l'ASS-NC. Il est localisé au 5^{ème} étage de l'ASS-NC au siège social. J'ai assisté à l'atelier du 29 mai 2020 qui s'est tenu de 10h30 à 11h45 soit une durée de 1h15. Au sein du centre, 2 salles sont à disposition des ateliers d'ETP dont une dédiée à l'intervention des pédicures-podologues de par sa configuration.

La salle est organisée de la façon suivante (cf schéma 1) :

- 3 tables amovibles accolées au centre de la pièce et entourées de chaises pour les participants.
- Un tableau blanc accroché au mur en face des tables.
- 3 fenêtres (en bleues sur le schéma) et un climatiseur.
- Une armoire située à droite dans la salle.

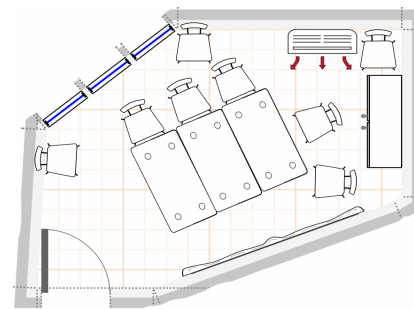


Schéma 1 : Salle d'atelier

Lors de cet atelier, trois participants étaient présents (un homme et deux femmes). L'homme était d'ethnie asiatique, de même qu'une des deux femmes et la deuxième était mélanésienne. Ils semblaient avoir autour de la soixantaine. Ils apparaissaient tous concernés et intéressés par l'atelier. Ils lisaient la fiche synthétique en même temps que les explications de l'intervenante. La femme asiatique prenait également des notes sur des post-it qu'elle collait sur la première de couverture du porte-vue distribué le mardi matin en début de stage. Les participants ont adopté un comportement actif tout au long de l'atelier. Ils ont ainsi posé de nombreuses questions et partagé des expériences vécues par rapport à leur diabète. L'atelier a connu une interruption de quelques minutes du fait d'un changement de piles dans les appareils auditifs de la dame mélanésienne.

L'intervenante était une pédicure-podologue d'une cinquantaine d'année.

Les différents temps de l'atelier ont été les suivants :

- **Installation des participants** (en pause après l'atelier sur l'activité physique de 8h00 à 10h00).
- **Récupération dans l'armoire du panier contenant les outils illustratifs par la pédicure-podologue.**
- **Distribution de la fiche synthétique de la séance en début d'atelier (Annexe 42) :**

Les participants l'ont rangée dans leur porte-vue à la suite de celles déjà reçues tout au long de la semaine de stage.

- **Description de l'atelier et de ses objectifs par la pédicure-podologue :**

Elle nommait l'atelier « cours » mais différents de ceux de l'école. Elle a souligné l'aspect interactif de cette intervention. Elle a expliqué également la récurrence de cet atelier, presque chaque vendredi matin de l'année, pour insister sur le fait que si les participants avaient des questions, ils pouvaient venir interroger la pédicure-podologue présente et ce, sans rendez-vous.

- **Présentation de l'intervenante et explication du métier de pédicure-podologue :**

L'intervenante a inscrit son nom, prénom et sa profession au tableau. Un temps a été consacré à l'explication du métier de pédicure-podologue en insistant sur ses deux aspects (pédicurie et podologie). Les participants ont donné en premier lieu leur vision de ce métier avant qu'elle ne l'ait expliqué elle-même. Elle a insisté notamment sur la différence du pédicure entre les pays français et anglo-saxons. Dans ces derniers, cela restait de l'esthétique (interdiction d'utilisation d'outils coupants) et non du soin. Ces lieux étaient à fortement éviter pour les personnes diabétiques de par le risque accru d'apparition de mycoses. À l'inverse, la pédicurie-podologie était un métier du paramédical en France.

- **Explication de l'importance du temps consacré aux pieds :**

L'intervenante a commencé son atelier en posant la question suivante : « Pourquoi un « cours pieds » est-il important pour les personnes diabétiques ? ». Différentes réponses ont été émises : pieds importants pour marcher, possibilité d'amputation des doigts de pieds etc. En complément de

ces réponses, l'intervenante a expliqué que les pieds les pieds constituaient une des parties du corps pouvant être abimées par le diabète et notamment la fluctuation de la glycémie. Elle a aussi nommé et décrit les deux maladies pouvant toucher les membres inférieurs (AOMI et ND).

- **Thèmes abordés sur les pieds suivant l'ordre des différentes vignettes de la fiche synthétique :**

- La toilette et l'observation des pieds (lavage, séchage et inspection des pieds). L'intervenante s'était mise en scène pour illustrer comment regarder ses pieds avec un miroir, sans se baisser.
- Les ongles : Des outils étaient barrés sur la fiche et à ne pas utiliser pour 3 raisons (problème d'hygiène si collectif, qualité différente et dépend de la forme de l'ongle). Un conseil a été donné sur le ponçage : il convient de poncer la peau du talon humide tous les mois au maximum et non à sec, cela provoquant une agression pour la peau qui produira encore plus de corne (inverse du résultat recherché).
- Les chaussures, chaussettes et leur entretien : Le chaussage a été une des notions sur laquelle la pédicure-podologue a grandement insisté. Il était essentiel de toujours être chaussé. Les claquettes n'étaient pas interdites mais des chaussures adaptées étaient nécessaires selon l'activité. Une attention était à porter sur les chaussures en cuir dans lesquels un risque de blessure était important, de même que l'humidité et la transpiration. Il convenait de vérifier au moins une fois par mois l'intérieur pour s'assurer que le cuir n'avait pas craqué. Des chaussettes en coton étaient à privilégier. Enfin, les participants ont été interrogés sur le moment de la journée adéquate pour acheter ses chaussures. Ce à quoi, un de ceux-ci a répondu le soir, le pied étant enflé le soir et permettant d'avoir une paire de chaussures ne serrant pas en journée. Un point d'attention était à porter au coup de pied et à la hauteur du talon (pas plus de 4/5 centimètres).
- Les zones à surveiller tous les jours, les blessures, les antiseptiques et médicaments et les pansements : L'ensemble de ces points ont été évoqués de façon simultanée. Les zones rouges représentaient celles où il y avait statistiquement le plus de blessures en NC. Les blessures (ampoules, ongles incarnés (gros orteils surtout), mycoses des ongles et de la peau, mal perforant plantaire, hallux valgus et quintus varus) ont été décrites en fonction de ces zones. L'intervenante s'est attardée sur les ampoules et la conduite à tenir. Selon un participant, il faut les percer. L'intervenante avait nuancé cette réponse : en perçant, cela faisait un drain mais il y avait un risque d'infection à l'intérieur (bien tout enlever si ampoule percée). La pédicure-podologue a posé plusieurs questions sur les soins à apporter et les outils à utiliser. Les différents types de produits pour désinfecter avaient été décrits avec précision, 3 colonnes ayant été mises en place (antiseptiques, anti-inflammatoires et agents moussants).
- Le médecin et le pédicure-podologue : La pédicure-podologue a insisté sur l'importance de rappeler au médecin généraliste de regarder leurs pieds au moins une fois par an. Le monofilament a été montré par l'intervenante ainsi que la palpation des poulx (examen plus ou moins faisable si les pieds sont enflés). Un des participants a partagé son expérience sur cet examen que son cardiologue lui réalisait régulièrement.

- **Temps de questions/réponses :**

Par exemple, un des participants s'est interrogé sur le point suivant : pourquoi la peau est parfois épaisse sous les pieds ? L'intervenante lui a répondu que cela était dû à 3 raisons : le surpoids, la démarche et les chaussures.

- **Échange en général :**

Pendant que la pédicure-podologue rangeait le panier, les participants l'ont remercié pour son intervention. Ils regrettaient que des personnes de leur entourage ne voulaient pas participer au stage Diabète du Centre. L'intervenante a ensuite explicité la présence de vacations de podologie dans les CMS de l'intérieur et des îles pour les personnes diabétiques en dehors du Grand-Nouméa. D'autre part, elle a également spécifié aux participants qu'ils étaient maintenant devenus des

personnes relais qui pouvaient partager leur savoir appris cette semaine à leur entourage. Suite à cela, tout le monde a rangé ses affaires et s'est levé pour partir.

L'intervenante n'a pas pris le temps de faire connaissance avec les participants. Seul leur ancienneté du diabète a été demandé. Il s'était avéré que le diagnostic du diabète était récent pour l'ensemble des participants (entre 2 et 3 mois). L'intervenant leur a alors dit qu'ils bénéficiaient de ce stage diabète et de cet atelier pied au moment idéal. Aucune pause n'a été effectuée. Aucun examen des pieds n'a été pratiqué en fin d'atelier par la pédicure-podologue. Les fiches pieds des participants n'ont donc pas été remplies (*Annexe 43*).

De nombreux échanges ont eu lieu au cours de l'atelier entre la professionnelle de santé et les participants. Les thèmes abordés étaient en rapport avec la pédicurie-podologie et les moyens de protection du pied diabétique (prévention des plaies et des amputations des membres inférieurs) : Métier de pédicure-podologue, toilette et observation des pieds, les ongles, les chaussures et chaussettes et leur entretien, les zones à surveiller tous les jours, les blessures, les antiseptiques, les pansements et le rôle du médecin traitant. La pédicure-podologue a expliqué chaque point en détails. Il y a eu beaucoup d'échanges entre celle-ci et les participants sur les thèmes abordés au cours de l'atelier qui a été très interactif. L'intervenante demandait bien souvent en premier lieu l'avis des participants avant de compléter ou de préciser certains points. D'autre part, les participants illustraient des thèmes de l'atelier avec des expériences personnelles ou des connaissances issues d'échanges avec d'autres personnes diabétiques.

Une atmosphère studieuse régnait, les participants étant très attentifs. Les relations étaient amicales entre eux. La dame asiatique a par exemple servi un verre d'eau aux deux autres participants. La relation entre l'intervenante et les participants était de l'ordre sachant/apprenti. En effet, l'intervenant avait une attitude sûre d'elle et de « chef d'orchestre ». Elle a mené l'atelier par étapes en suivant l'ordre des différentes vignettes de la fiche dédiée à l'atelier.

Rapport d'observation d'un bilan et d'une séance de soin du forfait de soins podologiques.

Le forfait de soins podologiques prend place dans les cabinets des pédicures-podologues du Grand-Nouméa conventionnés avec l'ASS-NC. J'ai pu assister à un bilan initial et une séance de soins du forfait le 28 mai 2020 dans un cabinet d'une pédicure-podologue (femme), positive à ma venue. Je suis arrivée à 8h00 et y suis restée jusqu'à 9h15. La localisation géographique de ce cabinet dans le Grand-Nouméa sera tenue confidentielle pour respecter l'anonymat de la professionnelle de santé.

Le cabinet était organisé de la façon suivante (cf schéma 1) :

- Une table de consultation au milieu de la pièce.
- Un bureau au fond à droite (bureau de la professionnelle).
- 3 chaises pour d'éventuel accompagnant.
- 2 meubles de rangement sur le côté droit avec une poubelle et un tabouret à roulettes.
- Une fenêtre (en bleue sur le schéma), un climatiseur et 2 portes (porte d'entrée au niveau du climatiseur).

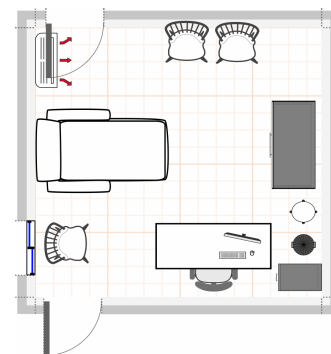


Schéma 1 : Cabinet de soins

Chaque patient a répondu positivement au fait que j'assiste à leur séance de soins.

Observation d'un bilan initial : Le premier patient de la matinée est arrivé à 8h10 (10 minutes de retard), pour une consultation se finissant à 8h35, soit un soin d'une durée de 25 minutes. C'était une première fois donc une ouverture de forfait avec un bilan initial. La patiente était une dame wallisienne âgée d'une soixante dizaine d'année et accompagnée par son fils. Ils ont été accueillis à l'extérieur par la professionnelle de santé. La patiente a posé son sac sur une des chaises à côté de l'entrée et a été aidée par la pédicure-podologue pour monter directement sur la table de consultation. Son fils s'est assis sur une des chaises vers l'entrée.

Les différents temps du bilan initial ont été les suivants :

- **Accueil / Anamnèse :**

La pédicure-podologue a demandé le carnet de santé Longue Maladie de la CAFAT et l'ordonnance de prescription du médecin. Cela lui a été fourni par le fils de la patiente. La feuille de prescription n'étant pas celle définie protocolairement pour le forfait de soins podologiques, la pédicure-podologue a dû en remplir une elle-même, celle-ci possédant l'ordonnancier à destination des médecins (Annexe 14). Elle a également pris une feuille de bilan initial et a commencé à la remplir en regardant le carnet de santé (nom, prénom, date de naissance, médecin traitant) et en posant des questions d'informations non présentes dans le carnet (taille, poids, activités quotidiennes et marche pieds-nus). Il s'est avéré que la patiente marchait pieds-nus à la maison, ce sur quoi la pédicure-podologue s'est attardée un moment pour expliquer l'importance de marcher avec des chaussures en continu pour une personne diabétique. Un temps d'éducation a donc été amorcé. Le type de diabète et le taux d'HbA1c a également été demandé. Il s'agissait d'un DT2. Le taux d'HbA1c n'était pas connu et la dernière mentionné sur le carnet était assez ancien.

- **Examen des pieds et demande de la raison de consultation :**

L'examen des pieds a compris un comptage des orteils (3 orteils côté droit (une amputation et 2 orteils soudés de naissance) et 2 orteils côté gauche (3 amputations)), un examen des ongles et entre les orteils, une recherche d'hyperkératoses, le dépistage de la ND et de l'AOMI (palpation des pouls pédieux et tibiaux). En même temps, la professionnelle de santé a demandé à la patiente pourquoi elle venait. Celle-ci lui a répondu qu'elle ne savait pas. La pédicure-podologue a creusé en demandant si elle avait mal quelque part, ce à quoi la patiente a répondu positivement. Son fils a affirmé ses propos en disant que ces derniers temps, elle se plaignait souvent à son médecin généraliste d'avoir mal aux pieds. Après l'examen et quelques questions, la pédicure-podologue a

expliqué l'origine des maux aux pieds : les douleurs étaient dues à un effondrement du pied à droite à cause de l'amputation du gros orteil et aux douleurs neurologiques périphériques dues au diabète.

- **Propositions de solutions et évaluation des chaussures actuelles :**

Plusieurs solutions ont été évoquées :

- Des chaussures sur-mesure. Mais la patiente en avait déjà eu 2 paires non utilisées.
- Des possibles orthèses. Solution nuancée par la professionnelle elle-même, l'architecture du pied droit s'étant effondrée du fait de l'absence de gros orteil et solidifiée, cela n'apportera pas forcément de bien. La pédicure-podologue a expliqué qu'il aurait fallu mettre une orthoplastie directement après l'amputation pour éviter cet effondrement. Le fils s'était demandé pourquoi cela n'a pas été fait, ce à quoi la professionnelle a répondu ne pas savoir.
- Utilisation d'un apaisant possible (déjà fait par la patiente avec de l'aloé véra).
- Évaluation des chaussures actuelles : crocs très usagées avec un trou sous une des semelles. Après cette inspection, la pédicure-podologue s'est attardée sur la nécessité de chaussures de qualité et non usées en donnant des conseils sur le chaussage. Les crocs sont de très bonnes chaussures mais il est nécessaire d'avoir toujours un centimètre d'épaisseur au niveau de la semelle.

- **Explication du protocole de soins :**

Le pied étant beau (pas de plaies, de cornes etc.) et la patiente ne ressentant aucune difficulté pour se couper les ongles, il n'y avait pas besoin d'autres séances du forfait de soins. La pédicure-podologue leur a alors expliqué que pendant 3 semaines, la patiente devait tout le temps mettre ses chaussures en intérieur et en extérieur dans le but d'harmoniser la statique. Si cela n'allait toujours pas, elle leur a demandé de la rappeler pour décider d'un autre protocole de soins (peut-être prothèse mais non pris en charge dans le forfait de soins).

- **Fiche synthétique de l'atelier « Des pieds en bonne santé » du Centre d'Éducation fournie.**

- **Compte-rendu succinct du bilan dans le carnet de suivi LM (CAFAT).**

Le bilan initial a été également mis dans le carnet de santé. La professionnelle de santé a aidé la patiente à se lever tout en effectuant un récapitulatif des conseils donnés tout au long de la consultation : chaussures en permanence, point dans 3 semaines par téléphone, si besoin une autre solution sera cherchée (massages d'articulations par les kinésithérapeutes mais non remboursés) et mettre les crocs d'aujourd'hui à la poubelle (trou = risque de blessures).

La patiente semblait concernée car elle regardait ce que la pédicure-podologue faisait sur ses pieds. Elle avait un comportement actif en racontant ce qu'elle faisait comme soins sur ses pieds et en posant quelques questions notamment sur le chaussage. Son fils était également très intéressé par la séance de soin, ce dernier ayant posé de nombreuses questions sur comment diminuer les douleurs de pieds de sa mère.

La professionnelle de santé a présenté le forfait de soins et ses objectifs au cours de la consultation. Elle a adopté une attitude sûre d'elle et strict sur les conseils tout en s'adaptant au possibilité de la personne et ses préférences. Il n'y avait pas de temps dédiés à proprement parler à l'ETP au pied diabétique, celle-ci s'étant faite au décours de la séance, selon les réponses de la patiente, ses besoins et ses préférences.

De nombreux échanges ont eu lieu au cours de la séance entre la professionnelle de santé, la patiente et son fils. Les thèmes abordés étaient centrés sur le pied diabétique : recueil d'informations, soins des pieds, chaussage, douleurs aux pieds, protocole de soins. La pédicure-podologue a expliqué chaque point en détails notamment l'importance du chaussage. L'ambiance était bonne mais tout en restant une relation de soignant/soigné classique avec un soignant sachant en position dominante, la patiente et son fils appelant la pédicure-podologue « Docteur ».

Observation d'une séance de soin : J'ai ensuite assisté à une séance de soins du forfait podologique. La patiente était une dame européenne âgée d'environ 80 ans. Arrivée pendant la consultation de la première patiente, la pédicure-podologue l'a installé dans la salle d'attente (un jardin en extérieur).

La séance a commencé à 8h37 (au lieu de 9h), pour une consultation se finissant à 9h07, soit un soin d'une durée de 30 minutes.

Étant une habituée, lorsque la patiente est rentrée dans la salle, elle a posé son sac à main sur une des chaises près de l'entrée et s'est installée directement sur la table de consultation. La pédicure-podologue a pendant ce temps pris une feuille de séance de soins du forfait. Ce soin représentait la deuxième séance du forfait, effectué à la demande de la patiente car son ongle du gros orteils commençait à lui faire mal.

Les différents temps de la séance de soins ont été les suivants :

- **Accueil.**
- **Soins :** Après avoir mis ses gants, la pédicure-podologue a commencé par la coupe des ongles. L'ongle incarné au gros orteil du pied droit a demandé un peu plus de temps. Les ongles ont été fraisés et les pieds ont ensuite été crémés et massés. La professionnelle de santé a par la suite souligné à la patiente qu'à part les ongles incarnés, les pieds étaient parfaits.
- **Questions sur le diabète :** Des changements depuis la dernière fois ? La patiente nous a appris qu'elle a changé de médecin traitant car l'ancien se trouvait à une localisation trop éloignée pour s'y rendre maintenant.
- La pédicure-podologue a remis les chaussures à sa patiente qui s'est levée seule pendant qu'elle jetait ses gants et le drap d'examen de la table de consultation.
- **Explication du protocole de soins :** La pédicure-podologue ne lui a pas fixé de nouveau rendez-vous. Elle a expliqué à la patiente de la rappeler lorsqu'elle en sentirait le besoin comme cette fois-ci, le temps attendu entre les 2 séances (2 mois et demi) étant parfait. Elle lui a expliqué également qu'il lui resterait 1 à 2 séances comprises dans le forfait selon le nombre d'actes qu'elle aurait elle-même pratiquée jusqu'au moment de son prochain soin. La patiente a demandé plus d'informations et la pédicure-podologue lui a indiqué être limitée en nombres d'actes par année.

Le carnet de suivi LM n'a pas été demandé mais la pédicure-podologue m'a expliqué que cette dame ne venait jamais avec. La feuille de séances de soins de l'ASS-NC a été remplie et mise de côté.

La patiente semblait intéressée car elle regardait ses pieds et les actes effectués par la pédicure-podologue. Elle avait un comportement assez actif en décrivant très précisément ses douleurs à son ongle. À part l'importance d'une coupe des ongles correctes, aucun autre sujet de prévention n'a été abordé, ni demandé. La conversation en dehors de l'explication sur les douleurs aux pieds et du protocole de soins podologiques s'était plutôt centrée sur des thèmes de la vie quotidienne (famille, santé etc.).

La professionnelle de santé n'a pas présenté la séance, celle-ci ayant l'air d'être similaire aux précédentes. Néanmoins, elle a réexpliqué le protocole de soins mis en place et son déroulement ainsi que le fonctionnement du forfait de soins. Lors de cette consultation, elle a adopté une attitude sûre d'elle et strict sur les conseils tout en s'adaptant au possibilité de la personne et ses préférences. L'ambiance était bonne mais tout en restant une relation de soignant/soigné classique avec un soignant sachant en position dominante.

Rapport d'observation d'une journée de vacation en CMS.

L'observation d'une journée de vacation dans les CMS de l'intérieur et des îles s'est déroulée le vendredi 15 mai 2020 dans le CMS de La Foa. Pour cela, les 2 pédicures-podologues (un homme et une femme) chargées des vacances dans le CMS de La Foa m'ont proposé de m'y rendre avec eux. Nous nous sommes rejoints sur un parking au niveau de Koutio (quartier de Dumbéa) pour 7h00. La journée de vacation a ainsi commencé à 7h00 (départ du Grand-Nouméa) avec une arrivée à 8h30 au CMS de La Foa. La vacation s'est terminée à 11h52 (heure de départ du CMS) avec une arrivée à Nouméa à 13h30. La journée de vacation a donc duré 6h30 : 3h30 de séances de soins et un temps de trajet aller/retour de 3h00. Aucune pause n'a eu lieu étant donné que la vacation n'a duré que la demi-journée.

Pour ces vacances de podologie, les CMS (hors Grand-Nouméa) ont été désignés comme les lieux de chute. En effet, en dehors du Grand-Nouméa, la majorité de la population étant à l'aide médicale, ces derniers consultent principalement en CMS (service de santé publique). Le CMS de La Foa se trouvait dans le village. Pour y accéder, il a fallu emprunter une des rues perpendiculaires à la rue principale traversant le village. La cours du CMS était en rénovation donc inaccessible pour se garer.

Début de la journée de vacation :

Sur place, les 2 pédicures-podologues étaient attendus. Suite à notre arrivée, nous nous sommes directement présentés au bureau du secrétariat, localisé au niveau d'une des entrées du CMS. Le secrétariat était un bureau séparé du public par une vitre transparente. Les 2 secrétaires (une mélanésienne et une calédonienne) présentes sont sorties de leur bureau pour nous saluer et nous transmettre les deux clés (une à chaque pédicure-podologue) pour les 2 salles de soins (salle de consultation 1 et 3) pour cette vacation. Celles-ci se situaient dans un couloir perpendiculaire au secrétariat qui donnait directement sur la cour en travaux (cf schéma 1).

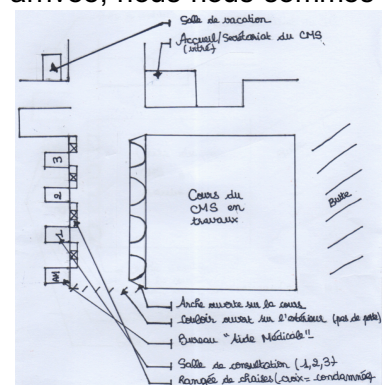


Schéma 1 : CMS

Les 2 salles de soins étaient des bureaux de consultations de médecins généralistes du CMS. Celles-ci sont organisées de la même façon (cf schéma 2) :

- Un bureau avec 3 chaises (un pour le praticien et deux pour les patients) au fond de la salle.
- Un lavabo avec miroir du côté gauche du bureau.
- Une table de consultation à l'entrée sur la gauche avec un meuble de rangement à sa droite et une poubelle à ses pieds.
- Une planche en longueur collée au mur à gauche.
- 2 fenêtres (en bleues sur le schéma) et un climatiseur.

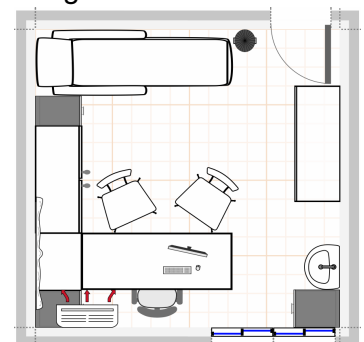


Schéma 2 : Salle de soins

Concernant l'organisation sur place, les pédicures-podologues m'ont fait part d'absence de problèmes organisationnels pour les vacances dans ce CMS. La Foa étant un des CMS où les vacances se déroulaient principalement sans encombres. Lors de notre arrivée dans les salles de soins, des patients (3 voire 4) étaient déjà présents. Ils étaient assis sur des chaises en métal collées au mur dont une sur deux était condamnée pour respecter la distanciation sociale imposée par le coronavirus (cf schéma 1).

Après avoir pris possession de la salle de soins, un des pédicures-podologues était allé récupérer la liste des rendez-vous prévus pour la journée au secrétariat. En 2 exemplaires, ce dernier en a fourni une à son collègue. 20 rendez-vous étaient prévus entre 8h30 et 11h30. Une liste de 4 patients était rajoutée au verso de la fiche. Une des secrétaires nous a précisé ces patients étaient prévus

mais qu'ils ne viendraient certainement pas étant encore réticents à sortir de chez eux suite à la période de confinement imposée en NC. Les podologues m'ont expliqué qu'ils ne suivaient qu'en partie la liste de rendez-vous, les patients arrivant au fil de l'eau au cours de la matinée de vacation.

Séances de soins :

Pour les séances de soin, les pédicures-podologues avaient chacun une mallette de soins (style vanity fair ou mallette d'outils) contenant leur propre matériel de soins (micro-moteur, fraise, lames de gauge, pinces, masques, gants, lames de bistouri etc...) de leur cabinet. En cas de besoin de matériel supplémentaires, les pédicures-podologues l'ont pris dans la salle de consultations (compresses, crèmes, draps d'examen pour la table de consultation etc.).

À 8h40, un des pédicures-podologues a commencé à appeler chaque patient dans l'ordre des rendez-vous pour savoir qui étaient présents. Les deux premiers appelés se sont dirigés chacun vers un professionnel de santé à leur convenance. En effet, la pédicure-podologue m'a expliqué que la vacation étant mise en place depuis des années, les patients avaient leurs habitudes, les hommes préférant en général consulter avec son collègue et les femmes avec elle.

J'ai assisté à des séances de soins avec les deux professionnels de santé, ces derniers me présentant à chaque fois et demandant l'accord du patient pour ma présence. Celles-ci se déroulaient globalement de la même façon : accueil avec l'anamnèse, soin et inscription du compte-rendu de la séance dans le carnet de suivi LM (CAFAT) avec la date du prochain rendez-vous. Pour cette vacation, les soins ont été pour une majorité de patients, une coupe et un fraisage des ongles puis un massage rapide des pieds avec une crème en fin de soins. Certains patients ont eu besoin d'une ablation d'hyperkératoses. Les pédicures-podologues effectuaient également une évaluation rapide de la sensibilité des pieds et tâtaient les pouls pédiens et tibiaux. Aucune plaie du pied n'a été observée ce jour. Lors du soin, les pédicures-podologues en profitaient pour souligner l'état des pieds avec leurs patients. Tous les patients avaient des pieds impeccables et bien protégés par leur chaussage.

Selon les patients, le soin s'effectuait soit sur la table de consultation, soit sur une chaise, le pédicure-podologue s'asseyant sur sa mallette de soins alors.

La mission d'éducation thérapeutique au pied diabétique des patients a été effectuée en fonction des patients. Beaucoup d'entre eux étant des habitués de longue date, ces derniers y étaient sensibilisés et m'ont parlé d'eux-mêmes de ceux qu'ils faisaient pour faire attention à leurs pieds. Les patients ont pour la majorité d'entre eux montré un intérêt pour le soin par une observation des actes pratiqués par les pédicures-podologues sur leurs pieds.

La durée des séances de soins a varié entre 12 à 23 minutes selon les patients et les actes à effectuer. Les patients reçus ce jour se trouvaient dans la tranche d'âge 50-70 ans et étaient mélanésiens, européens ou métisses. Ils étaient tous diabétiques et lorsque cela n'était pas le cas, ils n'étaient pas pris en consultation. Cela fut le cas d'une dame venue pour la première fois.

Les fiches types (bilans et soins) fournies par l'ASS-NC pour les vacations de podologie n'ont pas été remplies. Aucune information n'a été inscrite dans le dossier des patients. Les pédicures-podologues m'ont expliqué après leur avoir posé la question que pour la Foa, ils remplissaient les fiches de séances de soins de l'ASS-NC le soir après la vacation et les ramenaient lors de la prochaine vacation.

Lors de cette vacation, aucun professionnel de santé n'est venu assister aux séances de soins. La mission de formation des professionnels de santé n'a donc pas été réalisée ce jour. Néanmoins, les pédicures-podologues m'ont expliqué que ce CMS était un de ceux présent dès le début du déploiement des vacations en 2008 et avait un personnel soignant assez stable. Cette formation a donc été faite avec ce personnel stable et n'a pas été renouvelé.

Lors des séances de soins, les échanges entre le pédicure-podologue et les patients ont été nombreux, de multiples sujets ayant été évoqués (la famille, la santé en général, la vie quotidienne

etc.). L'ambiance lors des différentes séances de soins était très bonne. Tous les patients semblaient relativement contents d'être présents. Les relations semblaient plutôt amicales entre le professionnel de santé et le patient.

Fin de la journée de vacation :

À 11h30, les pédicures-podologues ont fait un point sur les patients vus. Au final, 16 patients sont venus sur les 20 prévus : 9 vus par le pédicure-podologue et 7 par la pédicure-podologue. Lors des séances de soins, chaque pédicure-podologue a marqué sur leur liste de consultation, la date du prochain rendez-vous pour leurs patients en fonction de l'état de leurs pieds et des besoins (soit dans 2 mois et demi, dans 6 mois ou encore dans un an). L'ensemble des rendez-vous a été re-noté sur la même feuille. Suite à ce temps, chaque pédicure-podologue a nettoyé sa salle de soins et rangé son matériel de consultation.

Puis, nous avons ramené les clés des 2 salles de soins ainsi que la feuille de consultation (avec les dates des prochains rendez-vous) aux secrétaires, celles-ci étant chargées de programmer les rendez-vous dans leur agenda et de convoquer les patients. Un rappel a également été fait par les pédicures-podologues sur le fait que les consultations ne sont ouvertes qu'aux personnes diabétiques. À 11h52, nous avons quitté le CMS pour retourner sur Nouméa.

Lors du trajet de retour, les pédicures-podologues m'ont expliqué la mise en place des plannings de vacations. Ces derniers étaient prévus dès le début de l'année par chaque pédicure-podologue, pour les CMS qu'ils couvraient, et envoyés aux CMS. À la Foa, les deux pédicures-podologues y montaient tous les 2 mois et demi, le vendredi en demi-journée. Ces derniers m'ont en effet expliqué que dès la deuxième année de vacations, les patients ont fait la demande de pouvoir rester avec le même professionnel de santé. Ainsi, chaque pédicure-podologue participant aux vacations s'était vu attribué de façon permanente des CMS. Ils m'ont précisé également que selon le nombre de patients du CMS, il s'agissait soit d'un seul pédicure-podologue, soit d'un couple de pédicures-podologues comme à La Foa.

Annexe 40 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes diabétiques interviewées

Code	Date et lieu	Durée (min)	Genre	Âge (ans)	Ethnie	Ancienneté du diabète (DT2)	Complications	Profession	Situation familiale	Niveau d'étude	Commune de résidence (Province)	Stage Diabète
D1	19/05/2020 au Centre d'Éducation	59	Homme	33	Métisse (Kanak / Polynésien) Né en NC	1 an (février 2019)	X	Sans emploi	Célibataire (vit chez sa mère)	Bac professionnel	Nouméa (Province Sud)	Milieu de stage
D2	20/05/2020 au Centre d'Éducation	84	Homme	55	Caucasien En NC depuis 19 ans	12 ans (2008)	X	Responsable import	Célibataire	Bac +3	Nouméa (Province Sud)	Fin de stage
D3	26/05/2020 au Centre d'Éducation	84	Femme	53	Kanak (Maré) Né en NC	23 ans (1997)	X	Femme de ménage	Mariée, 5 enfants à charge	Certificat d'études	Nouméa (Province Sud)	Milieu de stage
D4	28/05/2020 au Centre d'Éducation	64	Homme	64	Asiatique En NC depuis 34 ans	2 mois (mars 2020)	X	Secrétaire documentaliste	Mariée, 3 enfants (1 à charge)	Bac +3	Nouméa (Province Sud)	Début de stage
D5	02/06/2020 à domicile	117	Homme	78	Calédonien Né en NC	Au moins 20 ans	Amputation de 2 orteils (pied gauche) (2019) Valves (cœur) (2007)	Retraité	Marié (sans enfant)	CAP	Nouméa (Province Sud)	Stage fait en 2000
D6	03/06/2020 au Centre d'Éducation	100	Homme	74	Métisse (Kanak de Houaïlou / Caucasien) Né en NC	Au moins 25 ans	Reins	Retraité	Marié, 3 enfants (non à charge)	Niveau baccalauréat	Nouméa (Province Sud)	Fin de stage
D7	11/06/2020 au Centre d'Éducation	77	Femme	48	Wallisien Né en NC	2 ans (2018)	Reins	Secrétaire (collège)	Mariée, 3 enfants à charge	Bac professionnel	Païta (Province Sud)	Début de stage

Informations en plus :

- Conjoints diabétiques pour D6 et D7.
- Diabétologues consultés pour D2 et D5.

Légende :

- Bac = Baccalauréat.
- CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle.

Pédicure-podologues :

Code	Date et lieu	Durée (min)	Genre	Âge (ans)	Ethnie	Année d'exercice	Commune d'exercice (Province)	Intervention dispositif (actions)
PP1	13/05/2020 au Centre d'Éducation	75	Femme	33	Calédonien	Au total : 6 ans En NC : 6 ans	Nouméa (Province Sud)	2 actions depuis 6 ans (2015-2020) : - Forfait de soins podologiques - Atelier d'éducation thérapeutique Arrêt d'intervention dans les vacations de podologie depuis 2018 (2015-2018)
PP2	15/05/2020 au Centre d'Éducation	108	Femme	56	Caucasien	Au total : 30 ans En NC : 23 ans	Nouméa (Province Sud)	Les 3 actions depuis 13 ans (2008-2020)
PP3	15/05/2020 à son cabinet d'exercice	120	Femme	53	Calédonien	Au total : 30 ans En NC : 30 ans	Nouméa (Province Sud)	2 actions depuis 13 ans (2008-2020): - Forfait de soins podologiques. - Vacations de podologie dans les CMS. Arrêt d'intervention dans l'atelier d'éducation thérapeutique depuis 2012 / 2013 (2008-2012/2013)

Médecin pilote :

Code	Date et lieu	Durée (min)	Genre	Âge (ans)	Ethnie	Année d'exercice
MP	08/06/2020 au Centre d'Éducation	91 min	Homme	51	Caucasien	Médecin de Santé Publique : 25 ans Médecin de Santé Publique en NC : 19 ans (arrivé en 2002) Médecin Pilote du Programme Diabète : 16 ans

Professionnels de santé médicaux :

Code	Date et lieu	Durée (min)	Genre	Âge (ans)	Ethnie	Profession (statut d'exercice)	Année d'exercice	Commune d'exercice (Province)
PS1	20/05/2020 au Centre d'Éducation	119	Femme	56	Caucasien	Infirmière d'éducation (Centre d'Éducation)	Au total : 32 ans En NC : 25 ans	Nouméa (Province Sud)
PS2	20/05/2020 par entretien téléphonique	112	Homme	30	Caucasien	Médecin généraliste (CMS)	Au total : 2 ans En NC : 1 ans	Thio (Province Sud)
PS3	28/05/2020 au Centre d'Éducation	98	Femme	37	Caucasien	Médecin généraliste (Libéral)	Au total : 7 ans En NC : 7 ans	Nouméa (Province Sud)
PS4	04/06/2020 à son cabinet médical	50	Femme	59	Caucasien	Médecin généraliste (CMS Grand-Nouméa)	Au total : 33 ans En NC : 30 ans	Nouméa (Province Sud)
PS5	04/06/2020 à son cabinet médical	54	Homme	33	Calédonien	Diabétologue (Libéral)	Au total : 3 ans En NC : 3 ans	Nouméa (Province Sud)

DIABÈTE ET PIEDS

Pour avoir des pieds en bonne santé

Vous êtes diabétique, une petite blessure peut vite s'infecter et s'aggraver. Prenez bien soin de vos pieds !

1. LA TOILETTE DES PIEDS

Tous les jours : **lavage** à l'eau tiède (pas trop chaude, car vous risquez de vous brûler), **savonnage, rinçage et séchage** minutieux entre les orteils. Hydratez avec une crème pour éviter la peau sèche qui peut entraîner de la corne. La pierre ponce peut vous aider à lutter contre cette corne.

2. L'OBSERVATION DES PIEDS

Tous les jours : recherchez rougeur, frottement, blessure. N'oubliez pas de vérifier le dessous du pied, au besoin, en vous aidant d'une glace posée au sol.

3. LES ONGLES

Coupez les ongles pas trop courts et « au carré », puis arrondissez-les avec une **lime en carton** pour éviter de vous blesser. Seuls les **ciseaux à bouts ronds** doivent être utilisés pour couper les ongles (les autres ustensiles sont dangereux).

4. LES CHAUSSURES ET CHAUSSETTES

Portez des chaussures à l'intérieur et à l'extérieur (partout). Achetez les chaussures en fin de journée (quand le pied est gonflé). Mettez des chaussettes, et de préférence, en coton. Vérifiez que les chaussures sont en bon état, à votre taille, aussi larges que vos pieds et confortables pour la marche.

5. L'ENTRETIEN DES CHAUSSURES ET CHAUSSETTES

Tous les jours : Changez vos chaussettes. 1 fois par semaine : Mettez vos chaussures au soleil (surtout les chaussures de sécurité). Pensez à : Examiner l'intérieur de vos chaussures (caillou, scolopendre, punaise, etc.) Porter des baskets et des chaussettes lorsque vous faites du sport.

DIABÈTE ET PIEDS

6. LES ZONES À SURVEILLER TOUS LES JOURS

Zones où les blessures apparaissent :

7. LES BLESSURES

Rougeur, ampoule, durillon, crevasse, cors, etc. Ongle incarné, mycose (champignon), coupure, etc. **Allez voir votre médecin !**

8. LES ANTISEPTIQUES ET MÉDICAMENTS

En cas de blessure, choisissez des produits non colorés (ex : eau oxygénée, diaseptyl®, biseptine®, dakin, ou, contre les champignons : pévaryl®, mycoster®, amycor®, loceryl®), ils permettent de mieux surveiller les blessures. **Et allez voir votre médecin !**

9. LES PANSEMENTS

Choisissez des pansements hypoallergéniques en tissu, à changer tous les jours. Évitez les pansements plastifiés (ils ne laissent pas la peau respirer).

10. LE MÉDECIN ET LE PEDICURE PODOLOGUE

Le médecin examinera vos pieds. Il fera le test de la circulation du sang avec la palpation des pouls et le test de la sensibilité avec le monofilament de nylon qui permettent de grader le risque de plaie du pied (de 0 à 3).

Si vos pieds sont de grade 0 : vous n'avez pas de neuropathie, le risque est faible ; le médecin examinera vos pieds 1 fois par an.

Si vos pieds sont de grade 1 : vous avez une neuropathie isolée ; le médecin examinera vos pieds à chaque consultation, tous les 3 mois.

Si vous êtes de grade 0 ou 1, certaines mutuelles proposent une aide financière pour les soins chez le pédicure podologue.

Si vos pieds sont de grade 2 ou 3 : vous avez une neuropathie associée à un autre problème de pied ; vous avez droit à une prise en charge (appelée « forfait de soins ») chez un pédicure podologue.

Vérifiez que vous êtes à jour pour votre vaccination antitétanique (à renouveler tous les 10 ans).

Montrez vos pieds à votre médecin !

⁴ Fournie par le Centre d'Éducation de l'ASS-NC

EXPLORATION DE PIEDS DIABETIQUES

Stage:	Date:
--------	-------

Informations du patient:

Nom: _____

Prénom: _____

N° de dossier _____

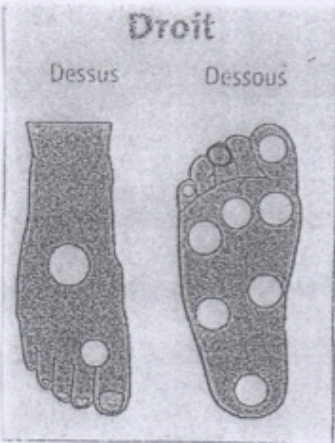
GRADE:

0	1	2	3
---	---	---	---

Droit

Dessus

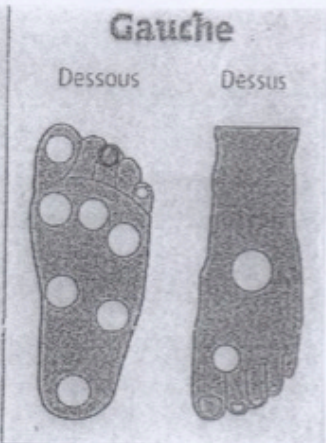
Dessous



Gauche

Dessous

Dessus



Commentaires sur l'état général de chaque pied

VAT

Hygiène:	Conseils Podo
Ongles:	
PN:	
Hyperkératose:	
Crevasses:	
Chaussures	
Douleur:	CONCLUSION
FILAMENT	
PLS P	
PLS TP	
RISQUES	

⁵ Fournie par le Centre d'Éducation de l'ASS-NC

BILAN INITIAL SOINS PODOLOGIQUES POUR DIABÉTIQUE

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Commune : Adressé(e) par le docteur :
 Entourage familial : ☐ oui ☐ non - Précisions : Auto examen du pied possible : ☐ oui ☐ non
 Taille : Poids : Profession :
 Activité : ☐ Actif ☐ Sédentaire Marche pieds nus : ☐ oui ☐ non Marche 30 min/jour : ☐ oui ☐ non
 Type de diabète : ☐ type 1 ☐ type 2 ☐ type 2 traité par insuline Ancienneté du diabète : ans
 Dernière HbA1c : % le : Artérite : ☐ oui ☐ non Neuropathie : ☐ oui ☐ non Dialyse : ☐ oui ☐ non
 Antécédents de plaies chroniques > 3 mois : ☐ oui ☐ non - Description :
 Autres problèmes de santé à signaler :

Pied	gauche	droit
Nombre d'orteils	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Troubles statiques	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Déformation	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Port d'orthèse	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Chaussures adaptées	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Peau		
Œdème	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Sécheresse	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Hyperhydrose	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Hyperkératose	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Dermite ocre	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Orteils		
Hallux valgus	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Griffes	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Mycoses	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Onychomycoses	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Ongle déformé	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Ongle incarné	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Lésions		
Crevasse	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Mal perforant	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Ischémie/gangrène	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Revasc. - pontage	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Revasc. - angioplastie	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Autres lésions	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Renseignements cliniques		
Pouls pédieux	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Pouls tibiaux postérieurs	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Pied froid	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Monofilament perçu	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Localisation des hyperkératoses

Schéma :



Maux perforants plantaires - localisation et description :

Anomalie articulaire : ☐ oui ☐ non

Dépistage lors de la marche, pieds nus et chaussés, des troubles dynamiques, déroulement du pas, temps d'appui :

Besoin d'orthèse : ☐ oui ☐ nonA l'issue de ce bilan initial sont nécessaires : 0 1 2 3 4 5 séances de soins
ou ☐ une consultation multidisciplinaire pied au CHT.

A

le

nom/signature/tampon

Gradation du risque : 0 1 2 3

Pour tous renseignements :
Tél : 26.90.61
 cedd@ass.nc
 16 rue Gallieni, Nouméa

Programme
Diabète



⁶ Fournie par le Centre d'Éducation de l'ASS-NC

BILAN DES SÉANCES DE SOINS PODOLOGIQUES POUR DIABÉTIQUE

SÉANCE N° 1 2 3 4 5 (Entourez le bon chiffre) Nombre de séances prévues :

Patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Soins effectués :

- › Coupe d'ongle : ☐ oui ☐ non
- › Traitement d'ongles incarnés : ☐ pied gauche ☐ pied droit Autre :
Prescription de :
- › Fraisage des ongles : ☐ oui ☐ non
- › Traitement de mycoses ungueales : ☐ oui ☐ non
Prescription de :
- › Ablation de cors sur :
- › Abation de kératoses sur :
- › Traitement de plaies : ☐ oui ☐ non
Prescription de :
- › Traitement de fissures talon : ☐ gauche ☐ droit
Prescription de :

Topographie des lésions :



A ,
le

A revoir le (date)

Podologue : signature/tampon

Pour tous renseignements :
Tél : 26.90.61
cedd@ass.nc
16 rue Gallieni, Nouméa

**Programme
Diabète**



⁷ Fournie par le Centre d'Éducation de l'ASS-NC

BILAN FINAL SOINS PODOLOGIQUES POUR DIABÉTIQUE

Nom : Prénom : Date de naissance :

Commune : Adressé(e) par le docteur :

A l'issue de 1 2 3 4 5 séances de soins, le patient a nécessité :

1. ☐ Coupe d'ongles
2. ☐ Traitement d'ongle incarné :
3. ☐ Fraisage des ongles
4. ☐ Traitement de mycoses unguéales
5. ☐ Ablation de cors sur :
6. ☐ Ablation de kératoses sur :
7. ☐ Traitement de plaies :
8. ☐ Traitement de fissures talonnières :
9. ☐ Traitement de mal perforant plantaire :
10. ☐ Autres :

Gradation du risque : 0 1 2 3

Les pathologies numérotées ci-dessus ont :

- été réduites : n°
- améliorées : n°
- bien améliorées : n°
- disparues : n°

Dans le cadre d'un forfait :

- ☐ Abandon de forfait
- ☐ Pour un suivi optimal, M./Mme
pourrait bénéficier d'un nouveau forfait de soins podologiques, l'année prochaine :

A le

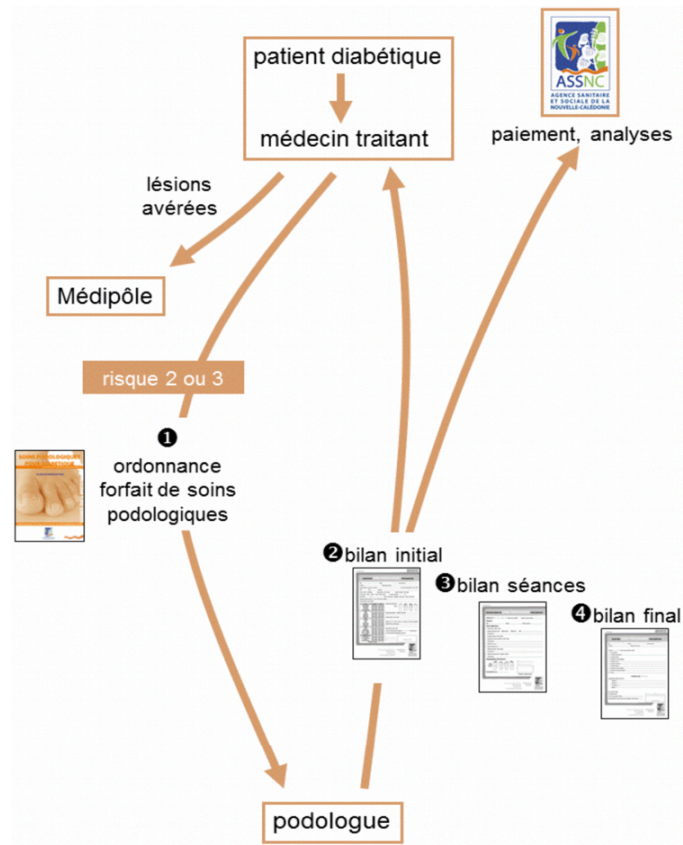
nom/signature/tampon

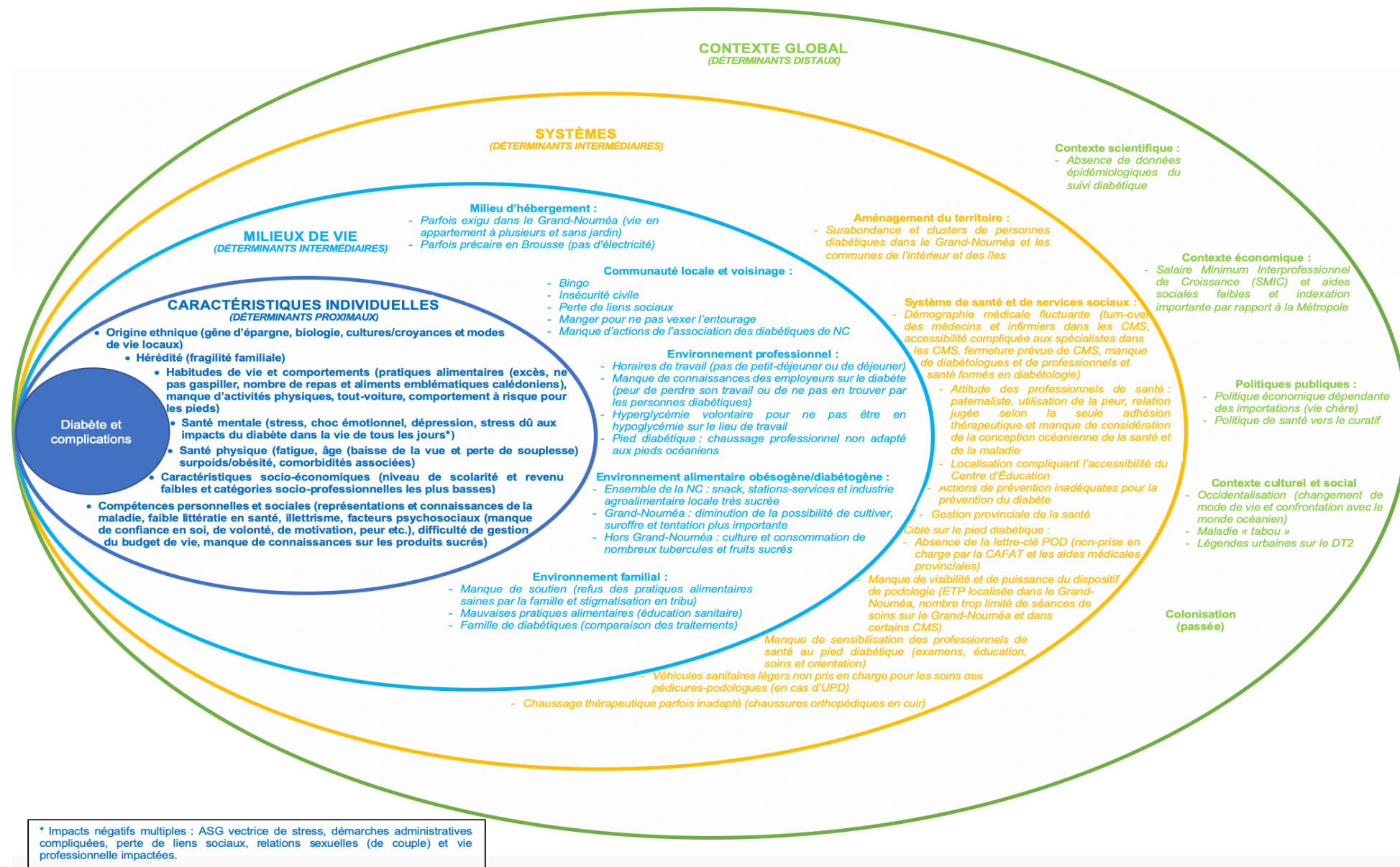
Pour tous renseignements :
Tél : 26.90.61
cedd@ass.nc
16 rue Gallieni, Nouméa

**Programme
Diabète**



⁸ Fournie par le Centre d'Éducation de l'ASS-NC





RÉSUMÉ

Introduction. – Bien que le programme Diabète de l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie déploie, depuis 2008, un dispositif de podologie pour les personnes diabétiques, l'incidence des amputations des membres inférieurs n'a pas diminué. L'objectif de cette étude était ainsi de comprendre la non-diminution du nombre d'amputations malgré la mise en place de ce dispositif. Pour cela, il était important d'identifier les déterminants influençant la prévention du diabète et de ses complications mais aussi de connaître la sensibilité des professionnels de santé au pied diabétique et son risque podologique ainsi que les modalités d'intervention des 3 actions du dispositif.

Matériel et méthode. – Des entretiens semi-directifs ont été menés avec 7 personnes diabétiques (dont une amputée) et 9 professionnels de santé (3 pédicures-podologues, le médecin pilote du programme Diabète et 5 professionnels de santé médicaux). Ils ont été complétés par une étude de documents et des observations directes des 3 actions du dispositif de podologie.

Résultats et discussion. – De façon similaire à la littérature, de nombreux déterminants sociaux de la santé ont été mis en cause dans le diabète et ses complications en Nouvelle-Calédonie. Concernant le pied diabétique, des facteurs facilitants et des obstacles ont été mis en évidence au niveau des personnes diabétiques, des professionnels de santé, du dispositif de podologie et de l'environnement calédonien.

Conclusion. – Prévenir les amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques ne pouvait se limiter aux seuls soins des pieds. Ainsi, au travers des résultats de l'étude, de la littérature et de la connaissance du territoire calédonien, un ensemble de préconisations ont été déclinées afin d'améliorer la prévention du diabète et sa gestion selon une démarche de promotion de la santé.

Mots-clés : Diabète, Pied diabétique, Amputation des membres inférieurs, Déterminants sociaux de la santé, Dispositif de podologie, Nouvelle-Calédonie, Étude qualitative.

ABSTRACT

Introduction. – Although the Diabetes program of the New Caledonia's Health and Social Agency has been deploying a podology system for diabetic person since 2008, the incidence of lower limb amputations has not decreased. The aim of this study was to understand the non-decrease in the number of amputations despite the implementation of this system. Thus, it was important to identify the determinants influencing the prevention of diabetes and its complications, but also to know the sensitivity of health professionals to the diabetic foot and its podological risk, as well as intervention's modalities of the 3 actions of the system.

Material and method. – Semi-directive interviews were conducted with 7 diabetic person (including one amputee) and 9 health professionals (3 podiatrists, pilot doctor of the Diabetes program and 5 medical health professionals). They were supplemented by a study of documents and direct observations of the 3 actions of the podology system.

Results and discussion. – As in the literature, many social determinants of health were implicated in diabetes and its complications in New Caledonia. Concerning the diabetic foot, facilitating factors and obstacles were highlighted at the level of diabetic person, health professionals, the podology system and the New Caledonian environment.

Conclusion. – Preventing lower limb amputations in diabetic people could not be limited to foot care alone. Thus, through the results of the study, the literature and knowledge of New Caledonian territory, a set of recommendations were proposed in order to improve diabetes prevention and its management according to a health promotion approach.

Keywords : Diabetes, Diabetic foot, Lower limb amputation, Social determinants of health, Podology system, New Caledonia, Qualitative study.