



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020/2022

MÉMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE

SPÉCIALITÉ :

PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES

**L'INTERPROFESSIONNALITÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT
HOLISTIQUE DES PERSONNES DIABÉTIQUES PRÉSENTANT UNE
PLAIE CHRONIQUE**

Présentée et soutenue publiquement le 1er juillet 2022 à 11H

au Pôle Formation

par **CÉLINE PIERRE**

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame Léone DE OLIVEIRA

Directeur de mémoire :

Docteur Florence BAUDOUX

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier dans un premier temps, ma directrice de mémoire et tutrice de stage le Docteur Baudoux, pour sa bienveillance, sa patience et son encadrement lors de mon stage.

Je souhaite également remercier les professionnelles de la structure pied, pour l'accueil, le soutien qu'ils m'ont apporté durant cette période. J'ai vraiment rencontré de belles personnes. J'espère que cette rencontre est un commencement dans l'élaboration de ce lien.

A tous mes collègues de promotion, merci pour ce soutien durant ces deux années difficiles. Malgré, les épreuves que l'on a rencontrées, la cohésion et l'entraide ont toujours été au rendez-vous.

Mes remerciements vont également à ma famille pour le soutien qu'ils m'ont apporté. En particulier Mathieu pour son implication dans l'élaboration de ce travail.

Merci à mes collègues et amis du centre des brûlés pour leur aide, leurs encouragements et leur écoute face à mes doutes.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
INTRODUCTION	9
MÉTHODE	20
RÉCIT	20
ANALYSE	27
DISCUSSION	36
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES MATIÈRES	48
ANNEXES	49

GLOSSAIRE

AOMI	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
CRP	C réactive protéine
DMP	Dossier Médical Partagé
DTACP	Dispositif Transitoire d'Aide à la Cicatrisation podale
DT1	Diabète de Type 1
DT2	Diabète de Type 2
ETP	Education Thérapeutique
FFD	Fédération française des diabétiques
FID	Fédération International du Diabète
HAS	Haute Autorité de Santé
IASP	International Association for the Study of Pain
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IWGDF	International Working Group on the Diabetic Foot
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OHB	Oxygénothérapie HyperBare
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QDV	Qualité De Vie
RSCA	Récit de Situation Complexe et Authentique
SFD	Société Francophone du Diabète
TPN	Thérapie par pression Négative
VS	vitesse de Sédimentation

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le diabète est une maladie chronique silencieuse causée par la présence d'un excès de sucre dans le sang. Cette maladie discrète peut rester longtemps asymptomatique, souvent diagnostiquée en cas d'aggravation ou au cours d'un bilan.

Selon l'atlas du diabète de la FID 2019, en France plus de 4,5 millions de personnes sont diabétiques, mais environ 1 million l'ignorent. Le vieillissement de la population, la progression de l'obésité et les facteurs de risque liés aux habitudes de vie en majeure l'incidence. Cette pathologie peut entraîner de nombreuses complications sévères : atteintes nerveuses, cardio-vasculaires, oculaires, rénales, ainsi que podologiques et peut avoir des répercussions dans la vie quotidienne.

La prise en charge du diabète doit se faire de manière globale. On entend par cette approche la considération du patient dans toutes ses dimensions (physiques, sociales, psychiques, environnementales, professionnelles...).

La SFD recommande une médecine fondée sur les preuves et une décision médicale partagée. Ceci vise donc à une médecine centrée sur la personne. La collaboration entre les différents acteurs montre des bénéfices dans la prise en soins des patients et assure la sécurité du patient et la qualité des soins. Cependant, ce travail d'équipe nécessite une bonne coordination, une communication adaptée ainsi qu'un apprentissage réflexif. La démarche de soins centrée sur le patient se développe avec l'augmentation des prises en soins à domicile et le virage ambulatoire.

Quels sont les besoins des différents professionnels afin de permettre une collaboration optimale pour le patient ? Comment améliorer cette collaboration interprofessionnelle ?

Un des liens de cette collaboration interprofessionnelle est celui du diabétologue et du médecin traitant, coordinateur du parcours de santé du patient. L'HAS rédige en 2014 un guide sur le parcours de soins des diabétiques de type 2 pour les professionnels de santé de premier recours. En 2016, selon la SFD, seules 20% des personnes diabétiques de type 2 sont suivies par un diabétologue. L'augmentation de la prévalence du diabète et l'augmentation des

déserts médicaux compliquent l'amélioration de l'accompagnement des patients atteints de cette maladie chronique.

L'interprofessionnalité dans la prise en charge holistique du diabétique permet une optimisation de traitement et une meilleure gestion des complications.

Le pied diabétique est l'une des complications fréquentes et présente un problème de santé publique majeur.

La baisse de sensibilité des nerfs de contact, ou l'épaississement de la peau, empêchent la perception de lésion. L'amplification et l'infection de ces plaies peut entraîner un défaut de cicatrisation pouvant engendrer une amputation.

L'HAS définit la plaie chronique comme étant "une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. Une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution, selon son étiologie"¹.

La formation de plaie peut entraîner la détérioration de la qualité de vie. Par exemple, le patient ne pratique plus d'activité physique ce qui peut entraîner une instabilité dans son diabète. Son quotidien est donc bouleversé. Pour pallier ce cercle vicieux et le coût qu'engendrent ces situations encore trop présentes, l'HAS tente l'optimisation des parcours de santé des personnes diabétiques atteintes de plaie chronique par l'augmentation de la prise en charge des soins de podologie, ou encore la création des centres de références pour pied diabétique. Cependant, la méconnaissance de ces professionnels de santé reste trop présente.

Travaillant dans un centre de référence depuis 6 ans, la maturation professionnelle, l'acquisition de savoirs cliniques et théoriques m'ont aidée à prendre place dans la collaboration interprofessionnelle.

L'infirmier au cours de sa professionnalisation développe des compétences spécifiques dans les différentes dimensions de soins afin d'avoir un accompagnement optimal du patient. Selon Guilbert, dans les concepts en sciences infirmiers, l'expert est "celui qui a une connaissance et une expérience approfondie, qui le rendent compétent dans un domaine

¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf

donné”. L’expertise est la “compétence que possède un expert lui permettant de trouver la solution précise et complète d’un problème²”.

Cette évolution professionnelle s’est constituée dans une structure de référence.

Un centre de référence est une structure qui rassemble différents professionnels ayant une expertise dans le domaine concerné. L’équipe pluridisciplinaire coordonne la prise en charge du malade dans sa globalité. Cette collaboration amène une approche pragmatique.

L'IWGDF a mis en place une classification de niveaux de soins pour le pied diabétique dans laquelle la notion de centre de référence est mentionnée. Selon elle, la clé pour prévenir et traiter le pied diabétique repose sur une équipe bien organisée, utilisant une approche holistique faisant appel aux diverses disciplines impliquées.

Malheureusement, ces centres ne sont pas répartis de façon uniforme dans le territoire, ce qui crée une mauvaise connaissance de leur existence. Les difficultés d’identification des structures spécialisées par les acteurs du premier recours ou leur absence au sein d’un territoire entraînent des retards de prise en charge qui sont délétères pour le patient. L’équipe médicale des centres de référence collabore avec les hôpitaux périphériques des régions afin d’optimiser la prise en charge des patients. Cette mission de guidance et de coordination des professionnels de santé non spécialisés s'organise en formant et informant ces professionnels sur la pathologie et sa prise en charge.

Dans l’avenir, cette mission se développera par une collaboration plus approfondie afin d'optimiser le parcours de santé du patient. Afin de permettre une prise en charge holistique pour le patient, comment imaginer la place de la collaboration interprofessionnelle, pour l’accompagnement optimal du patient atteint de maladie chronique, en situation complexe, face à la conjoncture démographique actuelle et à l'accentuation du virage ambulatoire afin d’éviter les ruptures de parcours de soins patient ?

² FORMARIER, Monique et JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition*. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. Hors collection. 2012 page. 193-195

INTRODUCTION

1. Contexte épidémiologique

Selon Santé Publique France, 3,5 millions des français diabétiques sont traités en 2020 et 92% sont suivis pour un DT2. La prévalence du DT2 dépend de nombreux facteurs : environnementaux, nutritionnels, génétiques, ou encore sociaux. Le changement de mode de vie, la sédentarité, l'augmentation de l'obésité sont les principaux facteurs de risque du diabète qui expliquent cette hausse. Certes toutes les personnes obèses ne sont pas diabétiques, mais il existe une relation entre ces deux facteurs qui peut engendrer des complications cardiovasculaires.

D'après la neuvième édition de l'Atlas du Diabète, 700 millions d'adultes vivront avec le diabète d'ici à 2045³. L'OCDE estime que d'ici 2030, en France, 21 % des adultes pourraient être obèses. Certains déterminants de santé influent sur la prévalence du DT2 comme le statut social ou le revenu créant des inégalités sociales et territoriales.

L'INSERM estime que 20-30% des adultes diabétiques ne sont pas diagnostiqués en France⁴. Or, on présume qu'environ vingt ans de déséquilibre glycémique entraîne des complications

L'atlas du diabète publie que le pied diabétique et les complications au niveau des membres inférieurs touchent 40 à 60 millions de personnes vivant avec le diabète dans le monde⁵. La FFD compte près de 10 000 amputations par an qui sont dues aux complications du diabète. Toutes les plaies d'une personne diabétique ne sont pas chroniques. Ce qui conduit à la chronicité des plaies est la neuropathie, la déformation du pied, l'artériopathie et les antécédents de lésions

La prévalence mondiale des complications du pied diabétique a une moyenne globale de 6,4 %⁶. L'apparition de lésions atteint 25% des personnes diabétiques au cours de leur vie. 70% des plaies diabétiques cicatrisées récidivent dans les 5 ans (Urgo medical). Chez un

³ L'ATLAS DU DIABÈTE DE LA FID 9^{ème} Édition 2019 Page 2

⁴ <https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-2/>

⁵ L'ATLAS DU DIABÈTE DE LA FID 9^{ème} Édition 2019 page 88

⁶ L'ATLAS DU DIABÈTE DE LA FID 9^{ème} Édition 2019 page 89

diabétique, le risque d'amputation est multiplié par quarante⁷. Selon les recommandations de l'IWGDF 2011, 30% des patients décèdent dans l'année de l'amputation, 50% dans les 3 ans et 70% dans les 5 ans.⁸ La FID estime que ces dépenses mondiales en santé atteindront 825 milliards USD d'ici à 2030 et 845 milliards USD d'ici à 2045.

Les soins des plaies entraînent des coûts importants pour les systèmes de santé. Les dépenses de santé sont cinq fois plus importantes pour les personnes diabétiques ayant des ulcères que pour celles qui n'en ont pas.

2. Processus de Cicatrisation

Une plaie est une ouverture cutanée qui nécessite une attention et des soins adaptés. Il existe deux types de plaie :

- Aiguë : Plaie de courte durée, d'apparition soudaine comme les plaies chirurgicales, traumatiques, brûlures. La durée est de 2 à 4 semaines
- Chronique : Plaie de plus de 6 semaines associée à une pathologie qui freine le processus de cicatrisation. Il faut donc traiter la plaie et la cause.

La perturbation de l'une de ces phases peut entraîner un retard ou des complications de cicatrisation, donc la formation d'une plaie chronique. La qualité de cicatrisation dépend de l'état de santé général de l'individu, de l'étiologie de la lésion, de l'état de la localisation, de la survenue ou non d'une infection.

Le diabète, et en particulier l'hyperglycémie, entraîne un dysfonctionnement leucocytaire et altère les artères et les nerfs. D'autres facteurs sont à l'origine de plaies ou entraînent des retards de cicatrisation comme les facteurs nutritionnels, les carences en vitamines, les pathologies vasculaires (qui entraînent une hypoxie des capillaires), l'obésité, le tabagisme, le port de chaussures inadaptées, la sédentarité.

⁷ Hodé, Annelie Kérékou, et Hubert Alihonou Dédjan. « Survie des patients diabétiques amputés pour pied diabétique dans le Service d'endocrinologie du Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, Bénin ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 16, n° 1. février 2022. page 80-86.

⁸https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/Recos-Référentiels/Recommandations_IWGDF_2011.pdf page 25

3. Physiopathologie du pied diabétique

Les lésions du pied surviennent chez les personnes présentant une neuropathie diabétique ou une AOMI, les deux pouvant être associées.

Il existe deux mécanismes physiologiques de la plaie du pied :

3.1. La neuropathie diabétique

La neuropathie diabétique est l'atteinte des nerfs secondaires due à une hyperglycémie prolongée. Les conséquences des neuropathies sont multiples :

- la faiblesse musculaire,
- hypoesthésies voire anesthésies,
- douleurs neuropathiques (fourmillements, picotements, décharges électriques, sensation de brûlures, etc.).

On observe des déformations du pied avec des orteils en griffes ce qui induit des points d'appui inhabituels.

L'amyotrophie et l'arthropathie diabétiques favorisent cette déformation par un affaissement de la voûte plantaire appelé "Pied de Charcot".

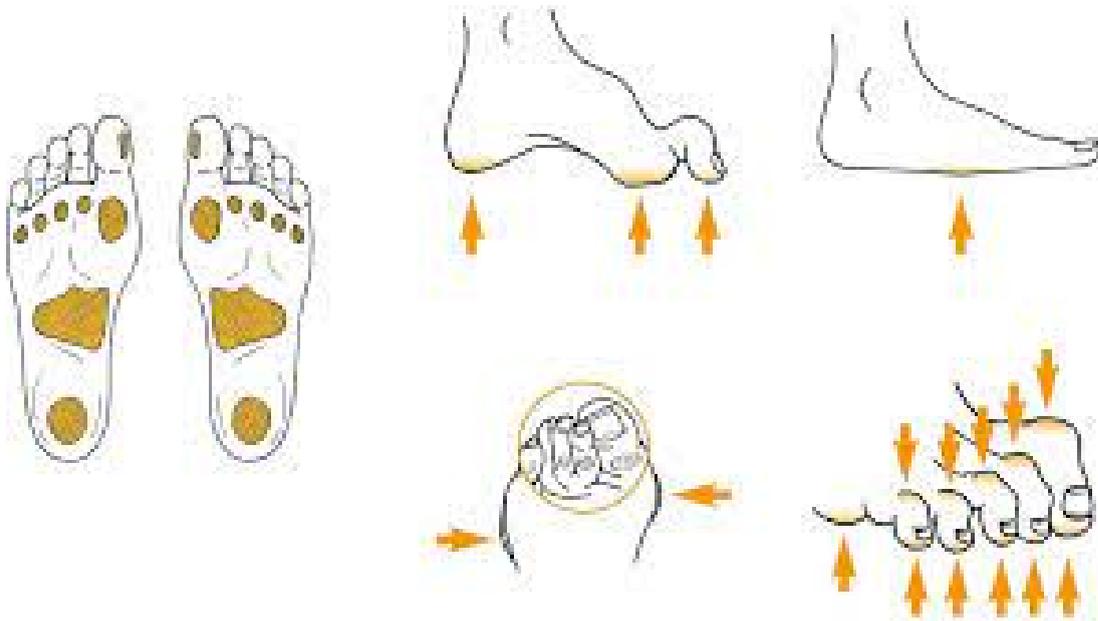
Le pied de Charcot est une ostéoarthropathie évoluant en plusieurs stades. L'atteinte de structures ostéo-articulaires vise à la désunion articulaire et à des fractures responsables de la destruction de la construction du pied.

La pression augmente avec les déformations et augmente le risque de plaies. Elles entraînent des modifications aux zones d'appui favorisant l'ischémie, les troubles trophiques, l'infection.

L'hyperkératose provoquée par un point d'hyperpression cause des microtraumatismes et se comporte comme un corps étranger qui se définit par le mal perforant plantaire. Celui-ci peut s'aggraver en profondeur jusqu'à atteindre l'os.

L'hypoesthésie supprime le signe d'alerte face aux agressions. La personne poursuit alors la marche et les lésions liées aux frottement, aux corps étrangers ou aux chaussures mal adaptées s'aggravent de manière mécanique par le creusement de la plaie, l'infection et la chronicisation. L'absence de douleur retarde la prise en charge de la plaie.

Zones du pied les plus à risque d'ulcération



source : IWGDF 2019

3.2. L'artériopathie

Le diabète est un facteur de risque cardiovasculaire. La macroangiopathie et la microangiopathie sont des complications vasculaires jouant un rôle important dans la formation de lésions du pied diabétique.

L'hyperglycémie fragilise les parois et favorise la formation de plaques d'athérome.

La médiocalcose entraîne une rigidité des parois artérielles par la calcification de la média. L'athérosclérose provoque quant à elle un rétrécissement des artères par la formation de plaques réduisant le flux sanguin.

L'AOMI n'est pas spécifique au diabète, elle est favorisée par des facteurs de risque comme le tabac, l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie. Une classification a été établie en 4 stades :

L'AOMI peut conduire à une ischémie et devient alors un facteur de gravité dans la prise en charge du patient. Le manque d'oxygénation des tissus par sténose artérielle met en danger la viabilité du membre.

Le dépistage précoce de l'artériopathie doit se faire de manière systématique, cette complication difficile à interpréter en raison de la neuropathie qui peut lui être associée est un facteur aggravant le processus de cicatrisation.

4. La prise en charge de la plaie diabétique

La prise en soins est multidimensionnelle. Elle repose sur plusieurs facteurs. Le groupe Régional du pied diabétique des Haut de France décrit le traitement de la plaie diabétique par un Acronyme : M.I.D.A.S

4.1. Métabolisme

Un mauvais équilibre glycémique contribue à l'aggravation de la plaie et augmenterait le risque d'infection. Le contrôle glycémique quotidien par capillarité ou interstitielle ainsi que le dosage sanguin trimestriel est donc indispensable pour l'évaluation du diabète.

Le dépistage de la dénutrition est essentiel car le statut nutritionnel contribue au retard de cicatrisation. Les carences en vitamine, anémie et le manque de protéines peuvent empêcher la cicatrisation d'une plaie. Il faut maintenir des apports nutritionnels adaptés au diabète.

La consommation de tabac influe sur la cicatrisation. Le tabac induit la diminution d'oxygène transporté dans les tissus et rétrécit les micro-vaisseaux, ce qui rend le transport de l'hémoglobine et l'oxygène difficile.

L'intervention si nécessaire de professionnels comme une diététicienne, ou un tabacologue, doit être envisagée.

4.2. Infection

L'infection de la plaie entraîne des difficultés supplémentaires et menace la cicatrisation. Le traitement de l'infection osseuse consiste à effectuer une biopsie afin de déterminer l'antibiothérapie adéquate.

L'inflammation et l'œdème créés par l'ostéite sont des facteurs d'ischémie et de retard de cicatrisation. Le repos participe donc au traitement. La surveillance des signes d'inflammation (douleur, chaleur, œdème, rougeur) ainsi que des marqueurs biologiques d'infection (CRP, Hémoculture, VS, etc.) est essentielle.

La vaccination antitétanique doit également être mise à jour.

4.3. Décharge

La mise en décharge des plaies podologiques est indispensable. Elle contribue à l'arrêt de l'aggravation de l'ulcère. La décharge doit être maintenue jusqu'à cicatrisation complète de la plaie. La mise en décharge est un facteur déterminant pour l'évolution vers l'infection. Les explications doivent être données au patient de façon claire et détaillée pour éviter le manque d'observance.

De nombreux professionnels interviennent dans la prise en charge de ce moyen thérapeutique (pédicure podologue, podo-orthésiste, médecin de médecine physique, kinésithérapeute). La décharge peut se faire de diverses manières :

4.4. Artères

La prise en charge de l'AOMI intervient par une chirurgie endovasculaire ou un pontage.

L'OHB est l'inhalation d'oxygène à une pression supérieure à la pression atmosphérique. Elle peut être discutée selon la gravité de l'ischémie aiguë ou de l'infection.

Cette thérapie a une action sur la microcirculation : elle aide à la détersion par son action sur l'infection. Les microvaisseaux sanguins se forment plus facilement grâce à l'apport d'oxygène ce qui freine la croissance de certaines bactéries et la production de leurs toxines. Elle augmente l'efficacité de certains antibiotiques et active le pouvoir antibactérien des globules blancs au niveau des tissus qui manquent d'oxygène.

4.5. Soins

L'évaluation de la plaie est fondamentale. La couleur, la profondeur, la superficie, la qualité, la nature des tissus sont les différents critères à apprécier pour le bon traitement local.

L'observation de la peau périlésionnelle est également à prendre en compte dans ce diagnostic.

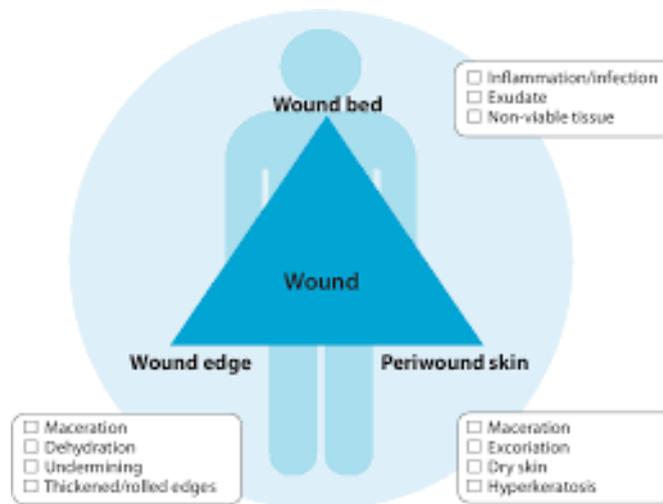
Avant le débridement mécanique, il faut toujours s'assurer de l'état vasculaire du patient. Il consiste à enlever tous les tissus dévitalisés et drainer les collections. La plaie doit être évaluée régulièrement. La cicatrisation doit se faire de la périphérie vers le centre, les soins des berges ont donc une place importante dans la cicatrisation. La profondeur est appréciée par un stilet.

En cas d'infection, le prélèvement profond de tissus est systématique. Une règlette permet d'évaluer la superficie.

Une échelle de colorimétrie détermine la phase d'évolution de la plaie suivant la couleur des tissus.

Le choix du pansement se fait en fonction de la qualité de la plaie.

Le triangle de l'évaluation des plaies



source: *Wounds International 2015*

Des techniques de thérapie par pression négative (TPN) ou encore par électrostimulation sont utilisées dans le cadre de cicatrisation dirigé de certaines plaies

chroniques afin d'accélérer le processus de cicatrisation. Il s'agit d'un pansement occlusif connecté à une pompe pour amener une dépression inférieure à la pression atmosphérique afin d'activer le processus de cicatrisation.

La prise en charge des plaies est souvent longue, la période de soins entraîne des contraintes qui peuvent amener le patient à des ruptures de parcours entraînant des aggravations. La prévention, le délai de cicatrisation et le risque de récurrences sont donc un enjeu majeur dans la qualité de vie du patient.

L'éducation thérapeutique est nécessaire pour permettre la bonne compréhension de la maladie et des complications. Cet accompagnement permet la participation du patient dans sa prise en soins.

Le suivi podologique fait partie intégrante du parcours de soins du patient diabétique à risque.

La prise en charge du pied diabétique doit donc se faire précocement et nécessite une bonne coordination entre tous les professionnels de santé.

5. Les parcours

La loi de modernisation de notre système de santé tend à la prise en charge globale. La prise en charge personnalisée évolue vers un accompagnement prenant en considération l'ensemble des besoins de la personne et des proches.

Le développement des soins primaires et l'accompagnement du virage ambulatoire instaurent un système fondé sur les parcours.

Le Ministère de la Santé et des Solidarités distingue trois niveaux de parcours :

- Les parcours de soins permettent l'accès aux consultations de premier recours et, si nécessaire, aux autres lieux de soins. Ils assurent les besoins sanitaires.
- Les parcours de santé articulent les soins avec la prévention en santé et sociale, l'accompagnement médico-social et social ainsi que le maintien et le retour à domicile.
- Les parcours de vie répondent aux besoins de la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle,

réinsertion, logement, etc. Ils intègrent donc des facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique et l'entourage familial.

Les catégories de parcours



Source : *adsp n° 88 - Parcours de santé : enjeux et perspectives*

Cette structuration permet aux acteurs de santé une vision globale du parcours des patients.

La coopération entre professionnels entraîne de nouvelles organisations et incite à revoir les pratiques des professionnels des structures hospitalières et de ville. Des dispositifs de coordination intervenant lors des parcours des patients induisent des pratiques nouvelles s'appuyant sur des systèmes informatiques comme le dossier médical informatisé, la télémédecine avec les téléconsultations, la téléexpertise, la télésurveillance ou la téléassistance.

L'IWGDF et l'HAS établissent des organisations de soins pour l'accompagnement global des patients diabétiques porteurs d'une plaie chronique ainsi que des recommandations pour des parcours de soins adaptés. (voir Annexe 1)

6. De la multidisciplinarité à l'interprofessionnalité

“La discipline est cet ensemble de règles, de normes et de pratiques professionnelles, de recherche et d'enseignement reconnues socialement comme constituant un corps organisé⁹”. (Couturier, Belzile 2018)

Selon Couturier, la profession est le produit concret de la discipline. La branche professionnelle regroupe des intervenants formés et reconnus juridiquement comme membres d'une discipline et dont la fonction consiste à réaliser cliniquement ce qui lui est confié.

À ces deux termes peuvent s'ajouter plusieurs préfixes :

- Pluri- : Ce préfixe correspond à un rassemblement de plusieurs disciplines. Il s'agit d'une addition de disciplines. Chaque spécialité a ses concepts et ses méthodes pour la résolution de problèmes. Il y a une complémentarité sans coordination.
- Multi- : Devant la complexité des parcours, ce préfixe marque la coordination pour répondre de façon plus globale aux besoins de la personne.
- Inter- : Celui-ci est plus récent, il intègre l'expérience. Avec la coordination de plusieurs disciplines, des liens se créent. En collaborant, les disciplines s'unissent à travers l'interaction . Il y a une transformation de soi au contact d'autrui.

Dans l'ouvrage les concepts en soins infirmier, la définition de l'interdisciplinarité selon Berger se détermine “comme une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures”¹⁰. Elle correspond à une association en vue de produire une nouvelle connaissance plus élaborée et complète. L'interdisciplinarité répond donc à l'intégration des savoirs

L'OMS définit l'interprofessionnalité, par “un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui

⁹ COUTURIER, Yves et BELZILE, Louise. *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Les presses de l'université de Montréal. Paramètres. 2018.

¹⁰ Morel, Marie-Agnès. *Les concepts en sciences infirmières*. hors collection. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012.

améliore les résultats en matière de santé” sachant “qu’aucune profession ne peut fournir à elle seule une gamme complète de soins”¹¹ .

Une profession est une pratique, une intervention dans la vie pour assister les patients dans leur problème de santé.

- Trans- : Ce préfixe correspond à la fusion, la transversalité.

La transdisciplinarité prend ses racines dans l'interdisciplinarité. La méthode et le langage transdisciplinaires visent donc la réunification des connaissances, une unification basée sur l'utilisation de concepts et de théories communs. Elle offre une nouvelle vision de la réalité, qui émerge de la confrontation des disciplines¹².

- Circum- : Ce préfixe signifie « cercle ».

La pratique du concept de circumprofessionnalité est plus approfondie et ambitieuse. Il s'ouvre à une pratique autour d'une situation. Il apporte une approche réflexive entre les professionnels de diverses disciplines avec une organisation différente. Il s'agit d'une approche personnalisée centrée sur la personne en l'intégrant comme acteur de son parcours.

C'est avec ce concept peu employé que le terme de collaboration interprofessionnelle prend naissance.

À la suite des recherches bibliographiques, mon questionnement m'amène à l'importance de l'interprofessionnalité. Ce thème convient à la prise en charge des plaies chroniques chez une personne diabétique étant donné la multitude d'acteurs qui gravitent autour du patient.

Le manque de communication entre les professionnels crée des défauts de prise en charge qui peuvent engendrer des ruptures de soins.

Cette réflexion traite des difficultés liées à l'interprofessionnalité et comment améliorer les relations interprofessionnelles afin d'éviter les défauts d'accompagnement et les ruptures de soins.

¹¹ MATTER, Michel. L'interprofessionnalité ou l'éloge d'une culture commune. *Bulletin des médecins suisses*. 31 octobre 2018. Vol. 99, no. 44, pp. 1521-1521.

¹²COUTURIER, Yves et BELZILE, Louise. *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Les presses de l'université de Montréal. Paramètres. 2018

MÉTHODE

Le RSCA est un travail de réflexion sur une situation vécue. C'est un récit d'une situation réelle présentant un caractère pluridimensionnel que le narrateur restitue de la façon la plus authentique possible. Cette analyse réflexive permet un renforcement, une discussion sur les pratiques permettant un enrichissement des connaissances.

La réflexivité est la capacité à prendre sa propre pratique ou les situations rencontrées comme objet de réflexion.

Cette analyse de pratique se présente sous forme d'un RSCA. L'initiation à ce travail permet de construire sa propre identité professionnelle et d'avoir une posture réflexive par rapport à une pratique afin de développer ses capacités d'analyse. C'est une réflexion globale qui fait intervenir plusieurs dimensions: biomédical, psycho affectif, environnemental, éthique, administratif, médico-légale, etc.

Ce récit relate l'accompagnement d'une personne diabétique porteur d'une plaie chronique. La complexité de la situation engendre diverses problématiques.

L'objectif de cette réflexion est de déterminer l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle dans l'accompagnement des personnes diabétiques présentant une plaie chronique.

RÉCIT

Monsieur R. âgé de 62 ans, est pris en soins pour un mal perforant plantaire sur un pied de charcot et plusieurs ostéites du pied droit avec récurrence. Depuis Avril 2021, il est suivi pour un retard de cicatrisation au niveau du pied gauche suite à une fracture du Calcanéum .

Les Antécédents de Mr R sont :

- HTA traitement réajusté lors de l'hospitalisation de 2016.
- Dyslipidémie traitée par statine.
- Abscess du bras gauche drainé en 2007.
- Diabète de type 2 découvert en 2000, compliqué d'une neuropathie périphérique avec un pied de charcot gauche.
- Tabac sevré.
- Amputation du 4e orteil droit en 2015 suite à un mal perforant plantaire
- Ostéite en 2016
- Multiples Plaie du pied en 2017 et 2018

Mode de vie :

Monsieur R. est marié, sans enfants. Il est douanier en retraite.

Il vit dans une maison à étage.

Il ne pratique plus de sport depuis 2015 (auparavant, il pratiquait le vélo environ 3h/semaine).

Son mode de vie est perturbé depuis sa récurrence de plaie.

Depuis sa fracture du calcanéum, il a peu de contact social, de peur du regard des autres sur sa jambe et de l'odeur de sa plaie.

Mr R pour sa prise en charge, bénéficie de soins lourds entraînant la réorganisation de sa vie quotidienne.

Histoire de la maladie :

➤ 2021

Juin : Dans le cadre d'une chute à son domicile, en Avril, Monsieur R. est pris en charge pour un hématome avec extériorisation bilatérale en rapport avec une fracture du calcanéum et de complications infectieuses, une mise à plat chirurgicale est donc réalisée.

Devant les antécédents de plaie et l'exposition du calcanéum, une oxygénothérapie hyperbare est envisagée.

Un dispositif de thérapie par pression négative (TPN) est mise en place en plus des séances.

Août : Devant l'évolution favorable de la plaie, une prise en charge chirurgicale est discutée avec les chirurgiens plasticiens pour un geste de recouvrement. La décision d'une indication d'une greffe de peau sera à réévaluer lorsque le bourgeon sera suffisant. L'arrêt des séances et la poursuite du dispositif TPN pour préparer le bourgeon sont retenus.

Mr R. est alors orienté vers une hospitalisation à domicile pour la suite des soins et sera convoqué pour le contrôle de la plaie d'ici 3 semaines. Les explications sont données au patient.

Octobre : L'évolution locale de la plaie est bonne mais le contact osseux est encore présent. Monsieur R est suivi 2 fois par mois dans le centre hyperbare afin de suivre l'évolution de la plaie.

Novembre : Lors de la consultation, la plaie présente une nécrose qui est enlevée de façon mécanique ainsi qu'un esquille osseuse. La poursuite des soins reste inchangée.

➤ 2022

Janvier : Une consultation pluridisciplinaire est organisée afin de discuter des suites de prise en charge de Monsieur R.

Les intervenants présents lors de cette réunion sont le chirurgien orthopédiste, le chirurgien plasticien, le chirurgien vasculaire, le dermatologue, l'endocrinologue, et le médecin référent du centre d'oxygénation hyperbare.

Devant l'évolution stagnante de la plaie, le TPN est arrêté.

La décision chirurgicale de ne pas procéder à une couverture chirurgicale du talon est retenue, d'autre part la remise en décharge est autorisée. Monsieur R. est donc convoqué en médecine physique afin de procéder à un DTACP. Le suivi de la plaie reste inchangé. Par ailleurs, les séances d'oxygénothérapie hyperbare sont maintenues.

Le bilan sanguin montre une légère dénutrition avec une carence en Vit B12 pour lequel le médecin traitant est sollicité pour débiter les thérapies adéquates.

Une oxymétrie normo et hyperbarique est réalisée et montre une absence d'ischémie. Une écho doppler est réalisée. Celle-ci ne montre pas de lésion significative sur le plan artérielle. La mise en place de contention est recommandée.

Après discussion avec Monsieur R. sur les éventuelles complications, la possibilité de remédier à l'amputation est évoquée mais Monsieur R. souhaite être conservateur.

Évolution depuis la réunion pluridisciplinaire

Mon accompagnement de Monsieur R. débute à ce moment de la prise en charge.

Monsieur R. bénéficie de séances d'oxygénothérapie hyperbare à raison de 2 par jour. Entre les séances, les soins de plaie sont réalisés tous les 2 jours. Monsieur est pris en charge en hospitalisation de jour. Les séances étant au nombre de 2 par demi-journée, les séances sont collectives.

Impact sur sa vie quotidienne : Une ambulance conduit Monsieur R. tous les matins au centre d'oxygénothérapie hyperbare à 7h45 (départ de son domicile à 7h), weekends compris (les séances sont plus tard). Il fait la première séance le matin. Entre les séances, Monsieur R. attend 3h, il prend son déjeuner, il effectue une seconde séance l'après-midi, puis l'ambulance vient le chercher vers 16h. Le retour de Monsieur R. à son domicile se fait vers 17h.

La plaie est évaluée par le médecin de façon régulière. Devant l'aggravation de la plaie (une large ouverture cutanée avec une odeur nauséabonde et une nécrose complète), une radiographie est réalisée montrant le calcanéum et l'astragale complètement émiettée. Le médecin évoque la nécessité de l'amputation pendant la réfection du pansement.

Monsieur R. n'y croit pas. Il évoque le rendez-vous en médecine physique afin de procéder à la confection de chaussures de décharge pour qu'il puisse enfin marcher. Le médecin lui explique qu'à ce stade, il n'a pas la possibilité de prendre appui sur son pied. Monsieur R. refuse de croire les dires du médecin.

Suite aux soins, je m'entretiens avec Monsieur R. Il est en colère et ne comprend pas. Lors de la réunion pluridisciplinaire, un médecin a brossé sa plaie et expliqué que si la plaie saignait l'évolution était favorable. Il est dans l'incompréhension face au discours des médecins.

Il m'explique que sa décision est de garder son pied et m'évoque l'histoire de sa grand-mère qui est décédée peu de temps après l'amputation de sa jambe. C'est un souvenir marquant dans sa vie.

Il me dit : "C'est le début de la fin si j'en arrive là". Sur le coup, je n'ai pas les mots pour l'accompagner.

N'étant pas présente à la réunion pluridisciplinaire, je demande des informations au médecin en lui exposant les dires de Monsieur R.

Le médecin m'explique qu'avec la dégradation osseuse que subit Monsieur R., il chutera s'il prend appui sur le pied. Je demande alors pourquoi le rendez-vous en médecine physique est maintenu. Le médecin m'explique que Monsieur R. a besoin qu'un autre professionnel lui explique qu'il n'est pas possible pour lui de marcher et qu'il faut envisager l'amputation. Je me sens perplexe.

Les jours suivants, lors de la réfection du pansement, Monsieur R. demande si l'évolution est favorable. Sans lui mentir, je lui explique que la nécrose est de plus en plus adhérente et étendue. Il remarque l'odeur nauséabonde de plus en plus présente et l'exsudat de plus en plus abondant.

Une collègue remarque que Monsieur R. n'a plus d'appétit, ses plateaux ne sont pas entamés. Elle propose à Monsieur R. de s'entretenir à l'écart de la salle de vie. À son retour, elle nous expose que Monsieur R. est triste et qu'il n'acceptera pas l'amputation. Il est extrêmement mécontent de sa prise en charge. Il attend son rendez-vous pour les chaussures.

Lors du pansement suivant, Monsieur R. ne dit aucun mot. Avec une collègue, nous tentons de dialoguer avec lui. Je lui demande comment il se sent. Il me répond : " Comment voulez-vous que je me sente ! " "je suis fatigué". Je demande s'il a évoqué la possibilité de l'amputation avec son épouse. Il acquiesce et me dit : " De toute façon, si j'en arrive là, elle le sait, elle ne sera pas toujours là pour me surveiller ! " Après un silence, ma collègue lui fait remarquer son incapacité à se mobiliser et la possibilité pour lui d'acquérir à nouveau une autonomie après l'amputation. Je lui explique qu'une fois la plaie chirurgicale cicatrisée, il bénéficiera d'une prothèse et qu'il sera plus autonome dans sa vie quotidienne. Il pourra marcher et les soins seront terminés, mais Monsieur R. n'est pas en capacité d'entendre nos propos.

Il rit et me dit : " Ne vous foutez pas de moi ! Ils me trouveront encore quelque chose ! Je le sais, si j'en arrive là c'est le début de la fin ! " Il évoque également le regard d'autrui (son voisinage) sur son physique : " En plus, les autres, tous ces cons de voisins, avec leur pitié ou leur curiosité, seront là à me regarder ! Je ne sortirai plus de chez moi, et attendrai que ma femme ne me surveille pas, pour faire ce que j'ai à faire". Il dit ces propos avec un regard soutenu. Nous lui expliquons que la prothèse peut être cachée par ses vêtements. Il ne nous

croit pas car il est persuadé qu'il boitera. Nous proposons de faire venir la psychologue du service, mais il refuse.

Février : Monsieur R. se présente au rendez-vous afin de procéder aux mesures pour réaliser la chaussure. L'infirmière n'ayant pas connaissance du parcours de Monsieur R. s'interroge sur la nécessité d'une chaussure. Devant ce type de plaie, la mise en appui paraît difficile. La réalisation du moulage du DTACP est réalisée par la podologue-orthésiste. Le lendemain, Monsieur R. semble ravi de la réalisation du moulage et me dit qu'il recevra les chaussures d'ici 2 mois. Il sourit. Je suis très étonnée vis à vis de ses propos.

Durant les jours suivants, il comprend que la plaie n'évolue plus favorablement. Nous essayons au fil des jours de maintenir une communication, un dialogue. Au fur et à mesure des jours, Monsieur R. commence un changement d'attitude avec une écoute plus active et un questionnement sur son devenir suite à la possibilité d'amputation.

L'échange dans la communication est plus fluide. L'attitude de Monsieur R. est plus ouverte. Il pose plus de questions sur les prothèses de jambe. Nous lui expliquons les suites de prise en charge avec une amélioration de sa qualité de vie.

À ce moment, j'arrive à la fin de la prise en soins de Monsieur R. dans cette structure. La suite de mon stage se réalise dans une structure me permettant de continuer à suivre Monsieur R.

Mars : Devant la surinfection majeure et un pronostic de cicatrisation nul, l'indication d'une amputation sous gonale gauche est envisagée après concertation multidisciplinaire.

Suite à la rencontre du chirurgien vasculaire, Monsieur R. rencontre le médecin rééducateur afin qu'il réponde aux questions concernant l'appareillage et la rééducation. Monsieur R. rencontre également une psychologue afin d'évoquer son acceptation difficile du geste.

Au cours de ce rendez-vous, les douleurs neuropathiques sont pour la première fois évoquées dans la prise en charge de Monsieur R.

Avril : Monsieur R. bénéficie d'une amputation sous gonale gauche.

La consultation avec la psychologue résulte des difficultés de perte d'autonomie en lien avec son parcours de soins. Son humeur basse est adaptée. Il se projette dans la

rééducation et dans la récupération d'autonomie. Les idées noires qu'il peut ressentir sont adaptées et il les régule sans qu'elles soient trop envahissantes.

Durant son hospitalisation, je rends visite à Monsieur R. avec une collègue qui l'accompagne dans les soins. Nous voyons Monsieur R. souriant. Il est satisfait : “ J'ai bien fait ” nous dit-il.

Sa rencontre avec le médecin rééducateur lui a permis d'avoir les réponses à ses questions. Il se projette dans l'avenir, il pourra marcher sans boiter et s'occuper de son jardin.

Sa conjointe est présente, elle est heureuse de retrouver son époux souriant. C'est la première fois que je la rencontre.

Elle évoque ses difficultés : elle ne supportait plus son époux, l'odeur de la plaie la dégoûtait, elle ne parvenait plus à rester dans la même pièce et faisait chambre à part. Voir son époux souffrir, le moral au plus bas, était devenu insupportable.

Elle revoit son mari rattraper le goût à la vie.

Elle explique avoir subi un traumatisme : “ J'entends encore son pied craquer lors de sa chute, et de l'avoir vu se dégrader depuis plus d'un an, j'ai perdu plus de 10 kg sur une année à cause de la contrariété ”. Elle envisage d'avoir un suivi psychologique. “ Depuis des mois, notre vie tourne autour des soins, il ne voulait plus rien faire, il ne sortait plus”. Son inquiétude et sa relation avec son mari depuis des mois ont engendré de l'anxiété. Mais elle se projette avec son époux et me dit avec soulagement que c'est fini.

Monsieur R. pose beaucoup de questions sur la mise en place de sa prothèse. Nous lui expliquons qu'il doit d'abord cicatriser puis aller en rééducation avant d'envisager la prothèse.

Ils reviennent sur l'accompagnement, disant ne pas avoir été entendus suffisamment, et être restés dans l'inconnu par peur de poser des questions.

À la fin de notre visite, ma collègue propose un rendez-vous pour l'essayage d'une chaussure du DTACP faite en Mars afin d'avoir une chaussure adaptée. Et par la même occasion contrôler la bonne cicatrisation de la plaie. Devant l'évolution de la cicatrisation Monsieur R. est sortant pour débiter une rééducation. Le transfert est prévu dans quelques jours.

Quelques jours après, son épouse vient à notre rencontre dans la structure voisine. Les suites opératoires sont marquées par une surinfection du moignon d'amputation qui nécessite une reprise bloc opératoire pour amputation transfémorale.

Suite à cet événement, elle nous informe de l'état psychologique de son mari. Monsieur R. subit une baisse de moral, il refuse l'intervention de la psychologue. Son épouse essaie de le soutenir. Elle ne lui montre pas sa peine. " Je tiens le coup " dit-elle les larmes aux yeux. Elle nous demande de reporter le rendez-vous pour l'essayage des chaussures sur mesure. Elle nous fait part également de la survenue d'une nouvelle plaie sur le pied droit mais ne souhaite pas notre intervention : elle veut qu'on laisse son mari tranquille. Elle reviendra vers nous lorsqu'il sera prêt.

ANALYSE CRITIQUE

L'accompagnement de Monsieur R. a été difficile. Malgré une réponse aux besoins et aux attentes du patient, cette situation reflète des défauts dans la prise en soins. On comprend que dans l'accompagnement de cette personne de nombreux éléments sont absents.

Depuis plusieurs années, Monsieur R. est suivi pour des plaies du pied diabétique. La persistance d'une difficulté est marquée par un refus de prise en charge pour l'apparition d'une nouvelle plaie malgré de nombreuses récurrences observées dans le parcours de soins de Monsieur R.

1. Le risque de rupture de soins

Tout d'abord, on peut remarquer une absence d'information médicale.

De 2018 à 2021, nous n'avons pas de transmissions de professionnelle de santé. Apparemment, il ne vient plus en hospitalisation ou il n'effectue plus son suivi au sein de la même structure hospitalière.

Même si le suivi se fait en ville, par son Médecin traitant, nous n'avons pas d'information.

La question que l'on se pose est : Est ce que Monsieur R effectue son suivi ?

Le médecin traitant coordonne le parcours pour une personne diabétique. Le suivi de sa maladie chronique est-il fait?

Durant une certaine période, nous pouvons également observer qu'il a subi de multiples plaies, ce qui signifie que Monsieur R bénéficie de soins à domicile. Mais nous n'avons pas la connaissance de la réalisation de ces soins.

De même, nous n'avons aucune notion des soins effectués par l'infirmière libérale, pas de contact, ni de transmissions sur l'évolution des plaies.

Le lien ville-hôpital n'est pas retrouvé dans la situation, ce qui est un manquement dans le parcours du patient.

Est ce à l'équipe de la structure de référence de s'informer des soins que le patient reçoit à domicile ?

La coordination du parcours santé apporte la sécurité et la qualité de l'accompagnement pour l'utilisateur. On découvre que malgré les solutions proposées par les

différentes instances, il existe encore de nombreux freins à cette collaboration interprofessionnelle ville-hôpital, comme la limitation des outils numériques ou encore les difficultés relationnelles entre les différents acteurs.

2. Le manque de communication

Monsieur R avait bénéficié d'un entretien pluridisciplinaire où lui avait été expliqué la possibilité d'effectuer une amputation. Monsieur R avait exprimé son refus et souhaitait être conservateur. Le rendez-vous pour la confection de chaussures était programmé et la direction du parcours était engagée dans la conservation du pied.

Bien que l'éventualité d'une amputation avait été exposée à monsieur R..

La plaie évoluant rapidement, l'annonce de la dégradation de la plaie avec la nécessité de recourir à la chirurgie est faite. Le temps entre l'information des complications éventuelles et l'annonce est court. C'est lors d'un soin que cette nouvelle est délivrée.

Aucune réunion ou entretien personnalisé avec le patient n'est planifié. Lors de cette annonce, les conditions ne sont pas réunies, Monsieur n'était pas préparé.

L'échange est difficile dans un entretien d'annonce, le médecin doit être à l'écoute du patient, être attentif à ses réactions et à l'expression de ses émotions.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle faite par le médecin est encadrée par les textes officiels.

(Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; charte du patient hospitalisé créé en 1995 évolue avec la loi du 4 Mars 2004).

De plus, Monsieur se confie à l'équipe soignante en évoquant une histoire familiale marquante, l'information n'est pas remontée jusqu'au médecin ce qui aurait pu engendrer un entretien plus protocolisé afin d'apaiser Monsieur R. en répondant à tous ses besoins et questions face à cette décision médicale d'amputation.

L'incompréhension de Monsieur R. est majorée par le maintien du rendez-vous en médecine physique pour la confection d'un DTACP. Le manque de communication entre les professionnelles se fait ressentir lors de cette consultation. Ils savent que la plaie ne nécessite pas une remise en charge.

Devant les dires du patient et face à cette omission d'information, les professionnelles se trouvent dans l'embarras et exécutent la décision de la réunion pluriprofessionnelle en moulant les pieds de Monsieur R afin de réaliser une chaussure de décharge.

Il revient le lendemain pour les séances d'oxygénothérapie hyperbare avec le sourire : ses chaussures sont parties en confection, le moulage a été réalisé.

Le manque d'information entraîne une dépense supplémentaire inutile car Monsieur ne pourra pas porter ces chaussures. La discussion du coût financier des soins est importante dans la prise en charge du patient, mais elle ne doit pas être faite de façon abusive et inappropriée.

Au bout d'une ou deux semaines, il est orienté vers le chirurgien vasculaire qui confirme la nécessité de réaliser l'amputation.

Pour le médecin, le patient avait besoin de temps. Il ne pouvait pas arrêter les soins de façon trop brutale. L'accompagnement psychique du patient est important pour l'adhésion aux soins.

Face à la situation, une réunion aurait dû être organisée pour que cette décision soit pluridisciplinaire. Ce défaut de communication a engendré pour le patient un retentissement émotionnel important avec une incompréhension jouant sur ses émotions et sur son acceptation de diagnostic.

Aurait-il été possible d'envisager une seconde réunion pluridisciplinaire rapidement pour annoncer les complications et répondre aux questions de Monsieur R. ?

Quels sont les outils à mettre en place pour faciliter la communication interprofessionnelle ?

3. L'accompagnement psychologique

La prise en charge psychologique est primordiale dans l'accompagnement du patient. Lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le patient est submergé par des sentiments, des émotions. Il lui faut du temps, il passe par différentes phases d'acceptation.

Sa vie est bouleversée dans toutes ses dimensions, la qualité de l'annonce impactera sur la relation médecin-malade, et soignant-soigné tout au long de son parcours. L'équipe soignante doit faire face aux réactions du patient, à ses émotions, ce qui entraîne la mise en place de stratégies de coping et de mécanismes de défense pour les deux parties. Ces processus d'adaptation peuvent induire des obstacles dans la communication aussi bien pour

les patients que pour les soignants. La collaboration avec une psychologue est donc nécessaire pour l'ensemble des personnes impliquées dans la prise en charge .

Suite à l'annonce, Monsieur retourne dans la salle de vie avec les autres patients.

Il se trouve face de personnes avec d'autres problèmes de santé, des retards de cicatrisation, des personnes ayant la même pathologie et les mêmes complications. Il les voit toujours en soins malgré l'amputation.

Il se replie sur lui, ne mange plus, s'isole. Il est en colère. Il est choqué par l'annonce.

La communication est complexe. Elle est altérée par l'atteinte psychologique due à l'annonce. Il lui faut du temps. Il refuse le passage de la psychologue.

Quelques semaines plus tard, la communication s'améliore et Monsieur R pose plus de questions. Les techniques de relation d'aide sont employées par l'équipe soignante et celle-ci tend à s'améliorer au fil de l'accompagnement.

A distance de cette annonce, ils reviennent sur l'accompagnement, disant ne pas avoir été entendus suffisamment, et être restés dans l'inconnu par peur de poser des questions.

On se rend compte avec ces dires, que l'annonce est une étape importante dans le parcours psychologique du patient et qu'il peut laisser des cicatrices.

Monsieur R. est profondément affecté lors de la reprise au bloc opératoire pour une amputation trans-fémorale. Celle-ci est inévitable face à l'infection.

C'est alors qu'il se replie de nouveau sur lui stoppant toute communication avec les médecins et son épouse.

Dans une vision de collaboration interprofessionnelle, l'intervention de la psychologue lors de l'annonce serait-elle à envisager afin de faciliter la complexité de celle-ci ? A quel moment la psychologue doit-elle intervenir dans le parcours de soins ? Doit-on anticiper les besoins des patients dans la prise en charge psychologique afin d'anticiper l'angoisse de l'annonce et des risques récidives ?

4. L'impact sur la qualité de vie

Dans la situation, le patient passe toute ses journées en dehors de son domicile, il ne marche plus depuis une longue période. Des interruptions de séance d'oxygénothérapie sont établies, des soins à domicile sont prescrits en relais.

Une infirmière vient tous les jours au domicile de Monsieur et Madame R. Tout au long du parcours, l'équipe sait que des soins sont organisés en ville. Une hospitalisation à domicile a été mise en place lors du pansement par pression négative.

Personne ne pense à solliciter les professionnelles qui se déplacent à domicile, afin de s'informer du déroulement des soins, ou encore de savoir l'impact de la plaie sur la QDV de Monsieur R. et de son épouse.

La communication entre la ville et l'hôpital n'existe pas.

Les infirmiers libéraux sont de grandes sources d'information en ce qui concerne la QDV des patients. Il est nécessaire lorsque que l'on parle de prise en charge globale que toute l'équipe soignante ait accès aux informations qui peuvent créer des obstacles dans la qualité des soins.

Le couple a dû s'organiser. Il y a donc un retentissement sur la vie familiale. Les soins durs depuis des années, des temps d'allègement des soins ont permis d'assouplir la nécessité en soins mais malgré tout, il s'installe dans la durée.

Les relations entre conjoints sont modifiées, le conjoint devient donc aidant naturel, son statut familial peut changer.

Depuis quelques années, Monsieur R. récidive les plaies. Il bénéficie de soins spécifiques. La prise en charge des soins implique une organisation de son quotidien, il alterne des périodes d'arrêt de travail et de reprise d'activité suite à l'évolution des plaies, cependant il est contraint de quitter son emploi à cause de ses plaies. Tous ses impacts dans la vie quotidienne sont à prendre en compte. Les retentissements des soins de plaies sont sous-évalués et leurs mesures arrivent tardivement ou quasiment pas dans le parcours de soins.

La prise de conscience des effets sur QDV amène à un accompagnement adapté, une relation soignant-soigné améliorée. La considération du patient dans toutes ses dimensions induit une relation de confiance de qualité.

L'annonce de l'amputation est amenée comme une amélioration de la QDV.

Certes, l'image de soi est perturbée, la perte d'une partie de son corps entraîne des répercussions dans la QDV. Ce choix thérapeutique peut également permettre "d'en finir" avec la cicatrisation longue et éprouvante, il peut permettre de "tourner la page".

La QDV peut être améliorée avec un retour aux activités de la vie quotidienne.

Pour Monsieur R., on ressent un soulagement suite à l'intervention. "C'est fini !". Il sait qu'il va marcher sans boiter. (au moment de l'amputation sous gonale).

Il a conscience que sa QDV sera améliorée. Le fait de ne pas boiter est important pour lui, il ne veut pas que les personnes de son environnement sociale s'aperçoivent qu'il lui manque une partie de jambes. Il vit mal le regard des autres.

La considération la QDV, les capacités d'adaptation, les ressources, les représentations de la maladie, les retentissements de la maladie sur la vie personnelle, sociale sont nécessaires à une prise en charge holistique.

Doit-on évaluer à l'aide de questionnaire la qualité des patients ? Et à quel moment le faire ?

5. L'amélioration de la douleur

Dans la situation, il est décrit que Monsieur R. présente une neuropathie liée au pied de charcot. Les soins sont effectués sans l'administration d'antalgique étant donné l'absence de douleur lors des soins

Quand il expose, l'intervention du broissage, il nous évoque qu'il a ressenti une douleur. L'équipe face à ce propos lui explique que le médecin en broissant il avait certainement effleuré des nerfs. L'équipe part du principe que le patient neuropathe n'a pas de douleur. La description des signes et symptômes n'est pas élargie.

Lors de la consultation chirurgicale, il repart avec des traitements antalgiques à visée neuropathique.

En tout temps, la prise en charge de douleur neuropathique est à identifier.

Les soignants sont-ils formés ou sensibilisés à la douleur neuropathique ?

La perte d'un membre entraîne également des douleurs neuropathiques, le traitement sera nécessairement réévalué suite à l'intervention. L'identification et la prise en charge des douleurs du membre fantôme ont un impact dans la réhabilitation du patient.

Dans ce type de parcours long et complexe, il ne faut pas oublier la douleur psychique. Souvent, les soignants peuvent entendre “ je suis fatigué d’avoir mal!”ou encore “je ne sors plus je n’ai plus goût à rien”. Face à ces dires, il est important de savoir accompagner les patients. La douleur n’est pas à négliger dans la prise en charge.

On observe que Monsieur R, n’a plus goût à la vie, il a une rupture sociale, il ne voit plus ses amis ou voisins. Sa douleur se manifeste par un découragement, un repli sur soi, perte de lien avec l’entourage, la perte d’appétit, une tristesse, un sentiment de ne pas être entendu, une envie de mourir. Monsieur et Madame, suite à l'intervention se sentent soulagés. Ils étaient fatigués de la prise en charge. “c’est fini!”. Ce ressenti est une douleur psychologique à prendre en compte précocement dans la prise en soins du patient afin qu’il soit traité si nécessaire.

6. L'accompagnement sociale

La chirurgie est envisagée dans un but thérapeutique mais elle est aussi amenée au patient avec un avantage dans l’amélioration de sa qualité de vie.

Sur le plan social, les patients nécessitant une amputation sont dans un premier temps, dans l’incapacité de se mobiliser seuls. Ce déficit de mobilisation est donc à anticiper, l’organisation d’un séjour en réadaptation est nécessaire. Avant le retour à domicile, le patient a besoin d'apprendre les mobilisations nécessaires à son autonomisation.

Il faut donc prévoir le retour au domicile en l'évaluant afin d'anticiper les dangers potentiels et de l'adapter au handicap du patient.

Le patient ayant un statut social différent doit effectuer des démarches administratives afin de pouvoir bénéficier de service ou d’aide financière. Il peut également avoir besoin de réorientation professionnelle, ou d'aménagement professionnel. Toutes ses questions propres à chaque patient doivent être anticipées. Le patient amputé, une fois le moignon cicatrisé, doit être appareillé, la vérification de la couverture sociale doit être vérifiée précocement dans la prise en charge.

Dans la situation, la collaboration avec l’assistante sociale n'apparaît pas pourtant monsieur R. a dû s'arrêter de travailler précocement dû à la décharge de la plaie.

On sait également qu'il ne marche plus, est-ce qu'il bénéficie d'aide à domicile à part l'infirmière libérale ? A-t-il un fauteuil roulant, un lit médicalisé pour éviter qu'il monte à l'étage, etc

Dans cette prise en charge pluridisciplinaire, il serait intéressant et utile de coopérer avec l'assistance sociale.

7. L'accompagnement de l'aidant

Le conjoint aussi est une personne à intégrer dans la prise en charge du patient. La prise en charge est centrée sur le patient mais il est important de savoir les besoins du conjoint, en raison d'une maladie, ce conjoint devient aidant naturel. Sa place au sein de la structure familiale change, il peut devenir une personne ressource dans le suivi du patient, en donnant des informations importantes pour la prise en charge du patient. Il est également un soutien pour le patient. Les aidants contribuent à l'accompagnement pour l'autonomie et sont des acteurs indispensables au maintien à domicile. L'identification des risques d'épuisement de l'aidant et de ses besoins doit être prise en charge.

L'HAS crée les recommandations bonnes pratiques professionnelles en 2014 afin d'aider les soignants à repérer, orienter et à mettre en place des actions pour soutenir les aidants.

Madame R. n'est pas accompagnée. La prise en charge de l'aidant arrive tardivement. Elle accompagne Monsieur du mieux qu'elle peut, mais elle avoue avoir des difficultés : elle veut avoir un suivi psychologique, elle dit être traumatisée, elle ne supporte plus l'odeur des pansements, voir le moral de son époux en baisse est difficile. Elle est anxieuse, elle a perdu du poids.

Madame R. accompagne son époux à la consultation chirurgicale. Elle dit avoir eu des réponses à ses questions lors de l'entretien avec le médecin réadaptateur.

Aucun professionnel ne pense au besoin de Madame R, elle n'a pas été conviée à la réunion pluridisciplinaire. Les difficultés qu'elle éprouve au moment des soins sont fortes. Il aurait fallu les savoirs pendant que monsieur bénéficiait de soins. Ces retenues ont dû renforcer l'impact de la plaie dans leur relation. Des solutions auraient pu être mises en place pour faciliter l'accompagnement et le soutien que Madame R. apporte à son époux.

Comment améliorer la prise en charge de l'aidant dans l'accompagnement de patient atteint de plaies ? Est-ce que la présence de l'infirmière à domicile aurait pu améliorer cette prise en charge ?

8. L'accompagnement nutritionnelle

Un professionnel manque également dans ce suivi. Un résultat de biologie montre que Monsieur R présente une légère dénutrition avec une carence en Vit B12. Le questionnement que l'on peut avoir est aurait-on pu prévenir le risque de dénutrition ? Pourquoi la diététicienne n'apparaît-elle pas dans le parcours de soins de Monsieur ?

Un apport nutritionnel satisfaisant est important dans la cicatrisation. Avec une plaie, l'organisme consomme beaucoup d'énergie. Le déficit nutritionnel engendre des ralentissements dans les processus de cicatrisation. Il est donc important d'organiser un suivi nutritionnel afin d'éviter ce risque. Dans le parcours de soins d'une personne diabétique, l'intervention du diététicien est inclus afin d'ajuster l'équilibre alimentaire aux habitudes de vie du patient.

Avec la plaie, les dépenses énergétiques sont augmentées. Le patient doit donc être suivi par un diététicien pour optimiser ses apports en nutriments afin de ne pas développer de carence et de dénutrition.

Nous avons pu constater dans la situation évoquée que les professionnels n'ont pas le même discours, il y a des erreurs de communication, il manque la transmission d'information. Il travaille en pluridisciplinarité. Les différents acteurs travaillent ensemble sans interagir, il se juxtapose. Il y a un cloisonnement des professionnels tout en travaillant ensemble.

Avec la réforme du système de santé, l'amélioration du parcours de soins est une priorité. Il est question d'une approche centrée sur le patient, d'une coordination ville-hôpital, du développement du numérique en santé, de la formation des professionnels de santé et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient etc.

DISCUSSION

Le suivi d'une personne diabétique est définie par l'approche globale multidisciplinaire.

L'adaptation des traitements, la gestion des complications sont harmonisées, les professionnelles intervenants dans la prise en charge sont identifiées, les bilans sont protocolisés afin de prévenir des complications. (Voir Annexe 3 édité par l'HAS)

Le suivi du patient consiste à effectuer annuellement un fond d'œil, une microalbuminurie, un examen des pieds réguliers et dépistage de neuropathie. Il faut également avoir un suivi cardiovasculaire régulier afin de dépister d'éventuels facteurs de risque cardio-vasculaire comme le cholestérol ou l'HTA. Beaucoup d'acteurs gravitent autour du patient afin de réduire le risque de complications.

Le médecin traitant est intégré également dans le parcours de soins du patient ainsi que les professionnels de santé de ville. Des outils de suivi sont mis en place comme le carnet de suivi glycémique ou les innovations technologiques. Ils ont pour but d'améliorer l'accompagnement des personnes et favorise l'autonomisation.

Toute personne suivie pour un diabète bénéficie d'éducation thérapeutique ayant pour but d'identifier ses besoins, ses attentes et d'appréhender les différents aspects de la vie du patient. L'évaluation de ses potentialités et la prise en compte de ses demandes implique le patient dans son parcours. Il est nécessaire pour le patient diabétique d'être éduqué afin de prévenir des risques de complications.

De nombreux programmes d'éducation thérapeutique existent pour sensibiliser le patient aux complications éventuelles comme le bilan éducatif pour pied diabétique. Il est important qu'il comprenne la nécessité d'être extrêmement vigilant à la formation de plaie, et d'avoir une hygiène des pieds correcte. L'importance d'un suivi chez un pédicure podologue doit être exprimé et la prescription doit être établie rapidement.

Après la formation d'une plaie, le risque de récurrence de formation est important. L'examen vasculaires, tels que l'écho-doppler des membres inférieurs, est indispensable au diagnostic de la plaie. La perte de sensibilité due à la neuropathie entraîne une abolition du signal d'alerte.

D'autres facteurs sont à prendre en considération dans le processus de cicatrisation. L'état général du patient, l'infection, les facteurs nutritionnels comme les carences en vitamines ou en protéines peuvent influencer sur la cicatrisation.

Une classification du risque podologique international est adoptée pour aider le dépistage des pieds à risque. Depuis décembre 2021, l'Assurance Maladie a mis en place un élargissement de la prise en charge des séances réalisées sur prescription au domicile du patient.

Le parcours de soins des patients avec une plaie de pied diabétique est développé par l'IWGDF afin d'améliorer l'orientation des patients vers les structures spécialisées (voir annexe 1).

“La prise en charge en soins primaires des patients avec une plaie du pied diabétique apparaît plus souvent éloignés des recommandations de bonne pratique”¹³.

Les recommandations ne sont pas connues des médecins généralistes, un manque de formation concernant la prise en charge des plaies et la méconnaissance des structures de références sont observées.

L'identification d'une équipe spécialisée serait bénéfique dans la prise en soin des plaies. Elle permettrait de répondre rapidement aux besoins du patient et apporter l'aide nécessaire aux professionnels en difficultés.

Une équipe de référence est composée de divers professionnels de disciplines différentes comme le médecin diabétologue spécialiste dans les plaie du pied diabetique, la pédicure podologue, une infirmière spécialisée dans la cicatrisation et d'autres professionnelles peuvent intervenir en fonction des besoins du patient. Elle est située au sein d'une structure hospitalière. Cette structure de référence doit permettre l'accueil des patients en urgence sous 48H. Sa situation permet une hospitalisation rapide si nécessaire et la réalisation d'examen complémentaire rapide. Elle assure le suivi et la coordination du parcours de soin concernant la plaie du pied diabetique.

Les professionnelles sont attentif au lien ville-hôpital. Il travaille en relai des soins infirmiers à domicile en étant les référents des pansements.

¹³ BOUILLET, Benjamin, GUILLAUMAT, Jérôme, MELONI, Marco, AHLUWALIA, Raju, MANU, Chris, LUDEMANN, Claas, GARCIA-KLEPZIG, Jose Luis, RIOS, Juan Pedro Sanchez, DE BURUAGA, Victor Saenz, IACOPI, Elisabetta, MARTINEZ, José Luis Lazaro, VAN ACKER, Kristien et VOUILLARMET, Julien, 2021.

Un parcours de soins primaires pour améliorer la prise en charge et le pronostic des patients diabétiques avec une plaie de pied. *Médecine des Maladies Métaboliques*. février 2021. Vol. 15, no. 1, pp. 85-89.

Des protocoles de soins sont effectués pour les soignants de ville et le numéro de la structure est inscrit sur celui-ci pour les aider dans leur prise en soin s'ils en ressentent le besoin.

L'inconvénient de ses structures de référence est qu'elles sont peu nombreuses et donc difficile à identifier ce qui entraîne un retard de prise en charge. (Un annuaire a été créé pour les identifier par région).

L'identification de la structure la plus proche du domicile du patient devrait être faite dès le diagnostic de diabète. L'information de l'existence de ces structures devrait être reprise lors de l'éducation thérapeutique concernant les soins de pied.

Les professionnelles de la structure travaillent en collaboration interprofessionnelle. Ce travail entre professionnels permet un enrichissement des savoirs et le développement de compétences ce qui développe rapidement l'expertise des professionnels.

L'expertise est une procédure par laquelle on confie à un ou plusieurs experts le soin de donner un avis sur les éléments d'un différend, quand ceux-ci présentent des aspects techniques sens de "habileté, adresse, expérience".(Morel 2012)

Les divers professionnels de ses structures ont une mission de formation des pairs sur la prise en charge globale des patients.

Des obstacles rendent difficile l'adhésion des patients à une prise en charge globale. Le chemin clinique du patient atteint de plaie du pied diabétique paraît plus complexe étant donné les répercussions sur la QDV, et le retentissement psychologique.

À travers une approche multidisciplinaire (terme qui je le rappelle marque la coordination), les soins permettent pour chaque situation une approche globale, adaptée, personnalisée. Le travail en collaboration et interdisciplinaire implique une coordination des différents professionnels ainsi que des transmissions interdisciplinaires. La continuité des soins et la collaboration entre les équipes de ville et les équipes hospitalières renforce l'interdisciplinarité. Il est nécessaire dans cette collaboration d'avoir une approche réflexive et flexible entre les professionnels de diverses disciplines. Le concept de pratique réflexive "offre une perspective de construction de liens fonctionnels entre les différents types de savoirs et les modalités pédagogiques proposées."(Vacher 2011).

La coordination des parcours passe par là une bonne coopération avec les acteurs et le patient.

L'interprofessionnalité tend au cœur de tous les métiers de la santé : la prise en charge optimale et globale du patient complexe dans une culture commune¹⁴. (Matter 2018)

Quels sont les axes d'amélioration dans le parcours de soins du patient atteint de plaie diabétique ? Quels sont les outils que l'on peut mettre en place ou à améliorer afin de permettre l'optimisation de la prise en charge holistique du patient diabétique atteint de plaie chronique ?

Au vu de cette analyse, nous pouvons constater que la communication entre différents professionnels est difficile. Les défauts de prise en charge sont multiples, il n'y a pas de coordination de ces différents professionnels.

Il est clair qu'une réunion pluridisciplinaire est indispensable à la prise en charge globale du patient atteint de plaie du pied diabétique mais il ne suffit pas d'une réunion pour dire que les professionnels collaborent ensemble.

De même, plusieurs professionnels pourraient être intégrés dans cette prise en charge.

Axe d'amélioration

Un chemin clinique qui pourrait être envisagé face à l'accompagnement du patient atteint de plaie du pied diabétique. Il permettrait l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle des différents acteurs.

Ce chemin clinique s'établirait de façon systématique pour tous les patients diabétiques porteurs d'une plaie.

La diététicienne pourrait être envisagée dès le début de la prise en charge de la plaie en contrôlant le suivi nutritionnel du patient avec des conseils hygiéno-diététiques adaptés. Le suivi nutritionnel serait alors envisagé de façon systématique.

La psychologue peut être également envisagée à distance en fonction de l'évaluation des besoins psychologiques par l'équipe soignante.

La présence de la psychologue lors des réunions pluri disciplinaires serait certainement nécessaire afin d'apporter un soutien à l'équipe dans les annonces difficiles et de se présenter au patient. Les professionnelles se présentent au début de la réunion, le patient identifie les

¹⁴ MATTER, Michel, 2018. L'interprofessionnalité ou l'éloge d'une culture commune. *Bulletin des médecins suisses*. 31 octobre 2018. Vol. 99, no. 44, pp. 1521-1521.

personnes ressources, cela permet au patient d'avoir des repères dans sa prise en charge et d'éviter les présentations lors du recours au professionnel au moment de détresse du patient.

L'assistante sociale pourrait intervenir selon les parcours. L'anticipation des besoins futurs des patients doit être identifiée précocement.

Le recours à l'assistante sociale pourrait se faire à l'aide d'une évaluation de la situation professionnelle. Il ne suffit pas de dire au patient : "étant donné la décharge, vous devez être en arrêt de travail" ces dires que l'on peut entendre au quotidien, peuvent mettre la personne en difficulté. Une évaluation à l'aide de questionnaire sur la QDV comme le questionnaire SF36 (voir annexe 2) peut être réalisée lors d'une consultation en centre de référence.

Une évaluation du domicile pourrait être envisagée afin de faciliter la vie au domicile, soit par des structures mobiles de l'établissement, des ergotherapeutes, ou encore d'autres dispositifs d'appui de ville.

Les décisions sont prises par toute l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord du patient, l'aidant devrait être confié, et celle-ci doit être reprogrammée si l'évolution de la plaie nécessite une nouvelle orientation.

Au fur et à mesure des rendez-vous, le patient s'il n'est pas accompagné par le conjoint, une consultation avec l'aidant peut être proposée.

Le chemin clinique proposé pour le patient atteint de plaie du pied diabétique doit être proposée avec l'outil adéquat visant à l'améliorer l'information pour pallier au manque de communication des différents acteurs.

Le développement des outils numériques renforce la coordination entre les professionnels et assure la continuité dans le parcours de soins du patient.

Outils

Le DMP est développé pour un partage d'information médicale. Dans ce type de parcours, la protocolisation de fiche par type de professionnelle peut être envisagée. Par exemple, la création de fiche spécifique tel que fiche nutritionnelle, fiche sociale, et psychologique peuvent être intégrés au DMP. Cela permettra aux différents acteurs d'avoir accès aux informations utiles pour la prise en charge du patient. Ces documents sous forme de fiche relationnelle permettent une lecture plus fluide et un gain de temps dans la recherche d'information. L'utilisation de cet outil comme le DMP permet d'uniformiser les pratiques.

La création de télémédecine pour réduire les distances peut être envisagée. L'objectif étant une prise en charge plus rapide, un meilleur suivi et une communication interprofessionnelle notamment de la ville et de l'hôpital plus adaptés.

La téléconsultation pourrait être envisagée par les centres de référence, le suivi des plaies pourrait s'imaginer la distance, le patient pourrait ouvrir le pansement avec ou dans l'attente du passage de l'infirmière. Puis l'évaluation pourrait se faire à distance, la e-prescription serait utilisée pour le réajustement des protocoles de soins et envoyée à l'infirmière à domicile ainsi qu'à la pharmacie pour la délivrance de la prescription.

L'objectif serait d'éviter les déplacements dans des centres éloignés du domicile. L'identification des personnes ressources serait facilitée, le soutien et la formation des professionnels de santé de ville serait amélioré.

D'autres outils numériques sont actuellement développés afin de faciliter la communication interprofessionnelle. Des applications comme HEALICO ou PIXACARE sont en cours de développement. Certains établissements testent ses applications afin d'apprécier leur avantage.

Elles sont des outils destinés à faciliter l'échange interprofessionnel sur des plateformes sécurisées.

Le développement de ces outils permet le lien ville-hôpital en proposant des protocoles via photographie sécurisée aux différents professionnels. Des QR code peuvent être générés avec la visualisation des photos et des protocoles de soins. Les médecins traitant qui n'ont généralement pas la visualisation de plaie peuvent ainsi voir l'évolution et avoir accès à une messagerie sécurisée. L'infirmier à domicile peut par le biais du QR code avoir le nouveau protocole de soins, mais aussi envoyer des photos de la plaie avec la possibilité d'avoir un échange instantané avec la structure.

Ce type d'outils améliore considérablement le suivi et la collaboration interprofessionnel.

La communication entre les différents professionnels de la ville et de l'hôpital est facilitée. Le partage de bonnes pratiques est activé.

L'accès à ces outils génère des coûts financiers, en ce qui concerne l'une des applications, l'utilisation via le QR code serait gratuite par le personnel de ville.

La mise en place demande également du personnel supplémentaire.

CONCLUSION

L'exploitation de cette situation m'a permis de développer des compétences en lien avec mon parcours. Selon le référentiel des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée de l'arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018, j'ai pu renforcer mes connaissances.

L'analyse réflexive n'est pas une chose qui m'est spontanée. L'écriture de ce récit a été difficile, cela a forcé mon questionnement. J'ai fait le choix d'analyser cette situation pour pouvoir exploiter les champs de compétences de l'infirmière en pratique avancée. Cette réflexion m'a permis de mieux me connaître, de mieux appréhender ma future fonction et comment je souhaite la pratiquer, elle m'a aidé à mettre en application les apports théoriques de la formation. Le parcours de soins coordonné est un levier de la réforme de notre système de santé visant à la réduction des dépenses en santé et à l'amélioration de l'accompagnement des personnes atteintes de maladie chronique.

Le regard que j'ai développé appuie mes compétences en ne me focalisant pas que sur la pathologie et les thérapeutiques mais en harmonisant mes diverses connaissances dans l'intérêt du patient afin d'avoir une approche centrée sur le patient.

Au travers de cette analyse, ma réflexion s'est portée sur l'importance d'évaluer tout au long du parcours l'état de santé dans les différentes dimensions en prenant en compte l'environnement du patient. Le renforcement de ma pratique me permet d'appréhender mieux mes futures missions.

Grâce à ce raisonnement, on devine bien les fonctions de l'infirmier en pratique avancée, sa place dans l'interprofessionnalité apportera un bénéfice au parcours de soin du patient. Son rôle dans la coordination facilitera l'échange et le partage de l'information. Ce travail collaboratif permet une expertise plus adaptée au patient. Il participe à la qualité des soins et à la sécurité du patient en participant à la formation des pairs et en élaborant de nouveaux projets ayant pour but d'améliorer les pratiques professionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

BENNER, Patricia, 2003. *De novice à expert*. MASSON.

CHABROL Henri, CALLAHAN Stacey, *Mécanismes de défense et coping*. 3ème édition. Dunod, « Psycho Sup », 2018,
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/mecanismes-de-defense-et-coping--9782100775453.htm>

Couturier, Yves et BELZILE, Louise, 2018. *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Les presses de l'université de montréal. Paramètres.

FORMARIER, Monique et JOVIC, Ljiljana, 2012. *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. Hors collection.
<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>

ZRIBI Gérard, « Le concept d'accompagnement, les avancées et les dérives potentielles », *Pratiques en santé mentale*, 2017/3 (63e année), p. 5-9.
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-pratique-en-sante-mentale-2017-3-page-5.htm>

ARTICLES SCIENTIFIQUES

Baudoux,F, Fatoohi,B,L'annonce d'une amputation chez un patient diabétique, *Médecine des maladies métaboliques*, 2015. vol 9, no.4, p 411-414

BOUILLET, Benjamin, GUILLAUMAT, Jérôme, MELONI, Marco, AHLUWALIA, Raju, MANU, Chris, LUDEMANN, Claas, GARCIA-KLEPZIG, Jose Luis, RIOS, Juan Pedro Sanchez, DE BURUAGA, Victor Saenz, IACOPI, Elisabetta, MARTINEZ, José Luis Lazaro, VAN ACKER, Kristien et VOUILLARMET, Julien, 2021.

Un parcours de soins primaires pour améliorer la prise en charge et le pronostic des patients diabétiques avec une plaie de pied. *Médecine des Maladies Métaboliques*. février 2021. Vol. 15, no. 1, pp. 85-89.

CARGNELLO-CHARLES, Emmanuelle et FRANCHISTÉGUY-COULOUME, Isabelle. Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? *Gestion 2000*. 2019. Vol. 36, no. 3, pp. 69-89.

CARA Chantal, O'REILLY Louise, « S'approprier la théorie du *Human Caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/4 (N° 95), p. 37-45.

CHABROL, Henri, 2005. Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*. 2005. Vol. 82, no. 3, pp. 31-42.

COLET rege, Nicole Mary. Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité : quelles perspectives en éducation ? Étude du discours des professeurs de la Section des sciences de l'éducation de l'Université de Genève. Genève : Université de Genève Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 1993, 95 p

GRIMALDI André, « La maladie chronique », *Les Tribunes de la santé*, 2006/4 (no 13), p. 45-51.
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2006-4-page-45.htm>

Ha van G, Amouyal C, Perrier A, Haddad J, Bensimon Y, Bourrono, Hartemann A. Pied diabétique. *EMC Podologie*. 2018. volume 14, N°4

HARTEMANN, À., 2016. L'approche moderne du pied de Charcot. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 1 octobre 2016. Vol. 10, no. 6, pp. 515-518.

Hodé, Annelie Kérékou, et Hubert Alihonou Dédjan. « Survie des patients diabétiques amputés pour pied diabétique dans le Service d'endocrinologie du Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, Bénin ». *Médecine des Maladies Métaboliques*. février 2022.16, n° 1: 80-86.

LAURENT Jérémy, LE COSSEC Chloé, DE CHAMBINE Sophie, « Coordination infirmière et maladies chroniques : état des lieux des activités en médecine adulte à l'Assistance Publique-hôpitaux de Paris », *Recherche en soins infirmiers*, 2019/1 (N° 136), p. 90-98.
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-1-page-90.htm>

LEGAULT, Georges A, 2001. L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité : enjeux d'éthique professionnelle 7. 2001. Vol. 5, no. 1, pp. 8.

LEPEUT, M. Le traitement médical d'une plaie du pied diabétique. *Diabète et obésité*. 2012. Vol. 7, no. 62.

LEPEUT, M. L'infirmie(è)r(e) de liaison : un maillon indispensable dans la prise en charge des plaies chroniques ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. février 2019. Vol. 13, no. 1, pp. 96-100.

MARIAGE André, « Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture », *Le travail humain*, 2001/1 (Vol. 64), p. 45-59.
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-le-travail-humain-2001-1-page-45.htm>

MATTER, Michel, 2018. L'interprofessionnalité ou l'éloge d'une culture commune. *Bulletin des médecins suisses*. 31 octobre 2018. Vol. 99, no. 44, pp. 1521-1521.

MALGRANGE, D, 2008. Physiopathologie du pied diabétique. *La revue de médecine interne*. 2008. pp. 7.

ROSSIGNOL Marie-France, Un écrit réflexif pour la formation des enseignants-stagiaires d'un genre nouveau : l'analyse de la visite en établissement , *Recherches en éducation*,2016.

VACHER Yann, La pratique réflexive, *Recherche et formation*, 2011,66.

SCHNEUWLY Bernard, À quoi réfléchit le praticien réflexif ? Objets et outils d'enseignement comme points aveugles , *Le français aujourd'hui*, 2015/1 (n° 188), p. 29-38.

TEXTES OFFICIELS

Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018-629 (2018).

Haute Autorité de Santé.

Annoncer une mauvaise nouvelle, 2008. *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

Diabète de type 2 : quand et comment optimiser le parcours de soins ?. 2014. *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1738230/fr/diabete-de-type-2-quand-et-comment-optimiser-le-parcours-de-soins

Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation, 2007, *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte, 2014. *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte

Le soutien des aidants non professionnels ; RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. 2014. *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpb-soutien_aidants-interactif.pdf

Les pansements : indication et utilisations recommandées. 2009. *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf. 2011

Maladies chroniques - Parcours de soins, 2013. *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501098/fr/maladies-chroniques-parcours-de-soins

Le repérage précoce des signes de souffrance psychique, 2016, *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-agees-souffrance_physique_chap_2.pdf

Séance de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique, par le pédicure podologue. 2007. *Haute Autorité de Santé.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_pied_diabetique.pdf

Haut Conseil de Santé Publique

Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002. *Le sida 20 ans après, adsp n° 40 - Haut Conseil de Santé Publique.* p. 6-10 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=76>

Parcours de santé : enjeux et perspectives - adsp n° 88 - *Haut Conseil de Santé Publique*

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=145>

Ministère des Solidarités et de la Santé

La charte de la personne hospitalisée - Ministère des Solidarités et de la Santé,
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/model-es-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>

La douleur - *Ministère des Solidarités et de la Santé.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

Ma santé. Créer un collectif de soins au service des patients. *Ministère des Solidarités et de la Santé.*

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf

Parcours de santé, de soins et de vie - *Ministère des Solidarités et de la Santé.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

Diabète - *Ministère des Solidarités et de la Santé.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>

Diabète de type 2 · Inserm, La science pour la santé, 2019. *Inserm.* [en ligne].:

<https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-2/>

Diabète de type 2. *Centre européen d'étude du Diabète.*

[.http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/diabete-et-complications/diabete-de-type-2/](http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/diabete-et-complications/diabete-de-type-2/)

DOCUMENTS DIFFUSÉS SUR INTERNET

MASSON, Elsevier, 2018. Pied diabétique. *EM-Consulte.*

<https://www.em-consulte.com/article/1242049/pied-diabetique>

<https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/sophia/accompagnement-diabete>

https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-FRENCH-BOOK.pdf

<https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/12/IWGDF-2019-FRA.pdf>

<https://e-pansement.fr>

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-552/patient-claudicant-et-ischemie-critique-du-diagnostic-a-la-prise-en-charge>

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-389/pied-de-charcot-un-diagnostic-a-ne-pas-manquer>

https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/Recos-Référentiels/Recommandations_IWGDF_2011.pdf

https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/Recos-Référentiels/Recommandations_IWGDF_2011.pdf page 25

AUTRES

Dowsett C, Gronemann M, Harding K. Taking wound assessment beyond the wound edge. *Wounds International* 2015; 6(1): 6–10.

Schaper NC, Van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Hinchliffe RJ, Lipsky BA, et al. Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev.* mars 2020

COURS

Mme Bargibant : Guide de rédaction du mémoire de 2ème année

Mme Bouklata. : Des grandes théories de l'apprentissage à l'analyse de sa pratique professionnelle

Mme Gehenne : La qualité de vie

Professeur fontaine : La maladie diabétique

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION GÉNÉRALE	5
INTRODUCTION	8
Contexte épidémiologique	8
Processus de Cicatrisation	9
Physiopathologie du pied diabétique	10
La neuropathie diabétique	10
L'artériopathie	11
La prise en charge de la plaie diabétique	12
Métabolisme	12
Infection	12
Décharge	13
Artères	13
Soins	14
Les parcours	15
De la multidisciplinarité à l'interprofessionnalité	17
MÉTHODE	19
RÉCIT	20
ANALYSE CRITIQUE	27
Le risque de rupture de soins	27
Le manque de communication	28
L'accompagnement psychologique	29
L'impact sur la qualité de vie	31
L'amélioration de la douleur	32
L'accompagnement sociale	33
L'accompagnement de l'aidant	34
L'accompagnement nutritionnelle	35
DISCUSSION	36
Axe d'amélioration	39
Outils	40
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
TABLE DES MATIÈRES	48
ANNEXES	49

ANNEXES

Annexe 1

Parcours de soins primaires pour les patients diabétiques avec une nouvelle plaie de pied

Annexe 2

Questionnaire généraliste sf 36

Annexe 3

Synthèse, guide parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte édité par l'HAS

Parcours de soins primaires pour les patients diabétiques avec une nouvelle plaie de pied



Source : Médecine des Maladies Métaboliques. février 2021. Vol. 15, no. 1, pp. 85-89

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente __ Très bonne __ Bonne __ Satisfaisante __ Mauvaise __

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an __ Un peu meilleure qu'il y a un an __
A peu près comme il y a un an __ Un peu moins bonne qu'il y a un an __
Pire qu'il y a un an __

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire moins de choses que vous n'espérez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

. | . | . | . | . |

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il généré vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

d. mon état de santé est excellent.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

Épisodes et points clés

Épisode 1. Du repérage au diagnostic et à la prise en charge initiale

- Repérer les personnes à risque, faire réaliser les tests de dépistage et de diagnostic, faire suivre le résultat du test, quel qu'il soit, d'une annonce. Ne pas banaliser la situation en cas de glycémie inférieure à 1,26 g/l ou même à 1,10 g/l.
- Déterminer l'objectif d'HbA1c avec le patient. Ne pas se limiter au traitement de l'hyperglycémie : la réduction du risque cardio-vasculaire et la prise en charge des complications du diabète sont essentielles à la prise en charge du patient diabétique.
- Prescrire le traitement hypoglycémiant initial qui repose sur l'activité physique et la diététique.

Épisode 2. Prescription et conseils d'une activité physique adaptée

- Evaluer la motivation du patient et le niveau habituel d'activité. Ne pas se limiter aux injonctions « bougez plus ».

Épisode 3. Prescription et conseils diététiques adaptés

- Diététique : évaluer les représentations et les possibilités du patient. S'accorder avec lui sur l'adoption de nouveaux comportements alimentaires. Vérifier régulièrement l'obtention d'une modification durable des habitudes alimentaires. Ne pas donner des messages standard, rigides, extrêmes, de restriction alimentaire.

Épisode 4. Traitement par insuline

- Instaurer le traitement par insuline en prévoyant une étape de préparation. Le traitement doit être annoncé au patient suivant les principes et recommandations habituelles concernant l'annonce. L'hospitalisation ne doit pas être systématique.
- Impliquer lorsque nécessaire une infirmière lors de la mise en œuvre du traitement, avec un objectif de motivation et d'éducation du patient. La plupart des patients peuvent être autonomes pour le traitement par insuline.

Épisode 5. Découverte d'une complication

- Renforcer le suivi et modifier les thérapeutiques pour prévenir le risque de complications invalidantes ultérieures, lors de la découverte d'une complication, qui représente un tournant dans le parcours de santé du patient ayant un diabète.

■ Lorsque les objectifs ne sont pas atteints :

- interroger le patient sur ses difficultés d'observance ;
- envisager un accompagnement du patient par une infirmière ou un coordinateur d'appui ou d'un réseau de santé si cela est possible ;
- adresser pour avis à un endocrino-diabétologue ; ➡ envisager le(s) recours au spécialiste d'organe concerné.

Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades Mars 2014

1

Épisode 6. Dépistage et prise en charge du diabète gestationnel

■ Dépister le diabète chez les femmes à risque ayant un projet de grossesse.

■ Dépister le diabète gestationnel chez les femmes à risque au premier trimestre de grossesse par une glycémie veineuse à jeun et entre 24 et 28 SA par un test HGPO (75 g glucose).

■ Dans le cas de diabète gestationnel, prescrire ASG et mesures diététiques, et l'insuline après 7-10 jours si les objectifs ne sont toujours pas atteints (le recours à l'endocrino-diabétologue est dans ce cas recommandé). L'hospitalisation ne doit pas être systématique. Vérifier la normalisation de la glycémie après la grossesse et dépister régulièrement le diabète de type 2.

Conditions à réunir

■ Organiser le dépistage et la prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité admises aux urgences.

■ Intégrer le dépistage du diabète dans les protocoles d'admission à l'hôpital des personnes âgées de plus de 75 ans ainsi que lors de l'entrée dans les établissements d'hébergements.

■ Afin d'assurer le chaînage entre le dépistage positif et la prise en charge, élaborer des protocoles entre laboratoires d'analyses médicales, pharmaciens, médecins généralistes, précisant les actions permettant d'assurer un dépistage ciblé et la communication de toute glycémie anormale au médecin traitant.

■ Développer et rendre accessibles les actions d'éducation thérapeutique ciblées en ambulatoire.

■ Promouvoir la coopération des professionnels de santé, les associations de patients et associations sportives et ateliers santé-ville pour faciliter l'accès à l'activité physique et à la diététique.

■ Favoriser la coopération des infirmières et pharmaciens avec les médecins généralistes en s'appuyant sur des programmes comme ASALEE et ESPREC.

■ Assurer la coordination entre professionnels de santé de l'équipe soignante, par un protocole pluriprofessionnel de passage à l'insuline précisant les interventions de chacun, les modes de coordination entre les professionnels impliqués, les intervalles entre les rendez-vous de surveillance.

■ Assurer la formation des infirmières intervenant auprès des patients pour éducation et autonomisation du traitement par insuline, en s'appuyant sur les endocrino-diabétologues.

■ Vérifier la possibilité d'un accès rapide et prioritaire aux ophtalmologistes pour bilan avant mise à l'insuline, et si ce n'est pas le cas organiser cette disponibilité avec les professionnels du territoire. ■ Inciter à l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge des complications du diabète, pour le traitement et le suivi des femmes ayant un diabète gestationnel.

Suivi du diabète en dehors des complications

	M3	M6	M9	M12
Interrogatoire				
Tabagisme	X	X	X	X
Consommation alcool	X	X	X	X
Activité physique ou sportive				X
Alimentation				X
Symptômes	X	X	X	X
Suivi observance, tolérance des traitements	X	X	X	X
Suivi ASG (si indiquée)	X	X	X	X
Évaluation des besoins en ETP				X
Suivi vulnérabilité sociale				X
Évaluation clinique				
Mesure PA contrôle AMT (/consultation)	X	X	X	X
Poids et calcul IMC ¹ (/consultation)	X	X	X	X
Auscultation vaisseaux				X
Pouls jambiers, mesure IPS ²				X
Examen neurologique				X
Examen des pieds				X
Examens complémentaires				
HbA1c : 2 à 4/an ³	(X)	X	(X)	X
EAL				X
Créatininémie avec estimation du DFG ⁴				X
Albuminurie (A/C) ⁵				X
ECG de repos (par MG ou cardiologue)				X
Suivi spécialisé systématique				
Ophtalmologue ⁶				X
Dentiste				X

¹

La surveillance et le calcul de l'IMC permettent :

- de suspecter une autre étiologie que le diabète de type 2 s'il est < 25 kg/m² au diagnostic ;
- de suivre les effets des traitements sur le poids ;
- d'envisager un traitement par analogue du GIp1 s'il est > 30 kg/m² (dans le cas d'une indication remboursée) ; ■ d'envisager un traitement par chirurgie bariatrique s'il est ≥ 35 kg/m² ;
- d'envisager une insulinothérapie, si le déséquilibre du diabète s'aggrave malgré un poids stable ou en diminution. ²

IPS : index de pression systolique cheville/bras. La mesure est effectuée en position couchée avec un tensiomètre et un appareil Doppler. L'IPS est défini comme normal entre 1 et 1,40 ; comme limite entre 0,9 et 0,99 ; comme anormal si inférieur à 0,9. Un IPS > 1,40 est en faveur d'une incompressibilité des artères.

³ Suivi HbA1c : tous les 6 mois si l'objectif est atteint et si le traitement n'est pas modifié. Tous les 3 mois autrement.

⁴ DFG : dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire avec l'équation CKD-EPI pour dépister l'insuffisance rénale. Calcul de la clairance de la créatinine suivant la formule de Cockcroft et Gault, pour adapter les posologies des médicaments, conformément à leurs AMM.

⁵ A/C : dosage de l'albuminurie réalisé sur échantillon urinaire et résultat exprimé sous la forme d'un ratio albuminurie/créatininurie (valeur positive > 3 mg/mmol).

Recours aux spécialistes, selon besoins	
Cardiologue	Tests fonctionnels : <ul style="list-style-type: none"> ■ maladie coronarienne, dernier bilan datant de plus de 2 ans ■ si symptômes, signes cliniques et/ou anomalies à l'ECG ■ en l'absence de symptômes si risque cardio-vasculaire élevé ■ exercice physique d'intensité élevée ■ HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie, après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en ambulatoire
Néphrologue ⁸ , neurologue, autre spécialiste d'organe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide au diagnostic (bilan complémentaire), au traitement et au suivi des complications
Professionnel qualifié en gériatrie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation gériatrique standardisée si repérage de la fragilité positif
Diététicien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés pour atteindre les objectifs nutritionnels Participation à l'ETP
Professionnels APS, kinésithérapeute	Difficultés pour atteindre les objectifs nutritionnels Participation ETP (kinésithérapeute)
Pédicure-podologue	Suivi grade 2 (max 4 séances remboursées/an) <ul style="list-style-type: none"> ■ Suivi grade 3 (max 6 séances remboursées/an) Participation ETP
Psychologue, psychiatre	Approche psychologique, TCC
Patients experts	Accompagnement. Participation ETP
Professionnels équipes sociales, MS	Évaluation besoins compensation, élaboration et réalisation des plans d'aide

Dépistage de la rétinopathie diabétique (HAS 2010):

- lorsque les objectifs de contrôle de glycémie et/ou de contrôle de pression artérielle ne sont pas atteints : une fois par an ;
- chez les patients traités par insuline : une fois par an ;
- suivi tous les 2 ans : chez les patients non insulinotraités et dont les objectifs de contrôle de la glycémie et de la pression artérielle sont atteints.

7

Patients asymptomatiques à risque cardio-vasculaire élevé pour lesquels la réalisation de tests fonctionnels et le recours au cardiologue peuvent être justifiés : AOMI, AVC, protéinurie, 2 autres facteurs de risque cardio-vasculaire associés au diabète (*proposition du groupe de travail à partir des recommandations de l'ACSM ADA 2010 et de l'ESC EASD 2013*).

8

Le recours au néphrologue est conseillé dès qu'il existe un doute diagnostique sur l'origine diabétique de l'atteinte rénale, dès que le DFG est inférieur à 45 ml/mn/1,73m² (stade 3B d'insuffisance rénale chronique), indispensable en cas d'apparition brutale d'une protéinurie chez un patient qui en était indemne jusque-là (*avis du groupe de travail*).

Motifs (non exhaustifs) de recours à l'expertise des endocrino-diabétologues

■ au diagnostic

- lorsque la glycémie est supérieure ou égale à 3 g/l ou l'HbA1c supérieure à 10 % et qu'un schéma insulinaire intensifié doit être mis en place ★
- en cas de suspicion d'une forme atypique de diabète ■ en cas de difficulté pour fixer l'objectif glycémique ou pour l'atteindre ★

■ pour bilan alimentaire approfondi et plan de soins diététiques chez des patients en surpoids et glycémie élevée, sans anomalies évidentes de l'alimentation repérées

■ en cas de difficultés ou d'échec pour suivre le plan diététique après 6 à 12 mois ★

■ en cas de découverte d'une complication au cours de la surveillance : aide au suivi diététique et à l'ETP, avis sur l'adaptation du traitement en cas d'objectif non atteint ★

■ après une complication aiguë, et particulièrement après un syndrome coronarien aigu : avis sur l'adaptation du traitement et préconisations sur le parcours de santé ★

■ en cas de réadaptation cardiaque lorsque la glycémie n'est pas contrôlée ★

■ en cas d'obésité morbide et pour l'indication de chirurgie bariatrique dans le cadre de la réunion de concertation pluridisciplinaire ★

■ en cas d'insulinothérapie envisagée

- pour la motivation du patient avant instauration de l'insuline (aide à la motivation)
- pour le choix d'un mode d'insulinothérapie
- pour la gestion de l'insuline par pompe à insuline ★ ■ en cas d'insulinothérapie

transitoire : maladie intercurrente, corticothérapie, chimiothérapie, alimentation entérale et parentérale

■ avant l'intensification du traitement hypoglycémiant en cas de rétinopathie proliférante ou préproliférante

- si projet de grossesse ou de suivi de grossesse chez la personne diabétique
- en cas de diabète gestationnel : avis à envisager dès le diagnostic et à réaliser lorsque l'insulinothérapie est envisagée★
- pour la prise en charge des patients précaires dans le cadre d'un travail en équipe
- pour la coordination des prises en charge, au sein des centres spécialisés dans la prise en charge de lésions du pied

Les motifs signalés par ★ reposent sur des recommandations, les autres sur l'avis du groupe de travail.

Ce qu'il faut éviter

- Dépister systématiquement l'ischémie myocardique silencieuse par les tests fonctionnels (ADA 2013).
- Prescrire un électromyogramme en dehors du diagnostic d'une forme atypique de neuropathie (avis du groupe de travail).
- Recourir à l'hospitalisation de jour pour des bilans de suivi du diabète de type 2 qui peuvent être réalisés en ambulatoire (avis du groupe de travail).

AUTEURE : Nom : PIERRE

Prénom : CELINE

Date de soutenance : 1er JUILLET 2022

Titre du mémoire :

Type 2 diabetes : Interprofessionalism in the care pathway for people with chronic wounds

Mots-clés libres:

Interprofessionalism, collaboration, pathway, diabetic foot, chronic wounds

Introduction: Diabetes can lead to a number of severe complications, particularly in the area of foot care, and can have repercussions on daily life. Interprofessional care of patients with diabetic foot wounds is important, given the multitude of players involved with the patient. The lack of communication between professionals creates management failures that can lead to care breakdowns. This reflection deals with the difficulties linked to interprofessionalism and how to improve interprofessional relations in order to avoid care failures and breaks in care.

Method: This analysis of practice is presented in the form of an RSCA. This account relates the accompaniment of a diabetic person with a chronic wound. The complexity of the situation gives rise to various problems. The objective of this reflection is to determine the interest of interprofessional collaboration in the accompaniment of diabetics with a chronic wound.

Analysis: The support provided to Mr R. reflects shortcomings in the care provided. It is clear that many elements are missing in the care of this person. Despite the fact that the needs and expectations of the patient were met. The persistence of difficulties in this support is observed when the refusal to manage a new wound is expressed. The professionals do not have the same discourse, and the lack of information transmission leads to obstacles to management. The different actors work together without interacting.

Discussion: A patient-centred approach, city-hospital coordination, development of digital health care, training of health professionals and improvement of the quality of care and patient safety are necessary in the management of patients with diabetic foot wounds. The development of a clinical pathway would allow for improved interprofessional collaboration between the different actors. The harmonisation of tools and the coordination of the different professionals should be developed.

Conclusion: The expertise of the advanced practice nurse integrates into interprofessional collaboration. His coordination mission will allow the improvement of the patient's care and the improvement of interprofessional exchange

Directrice de mémoire : Docteur Florence BAUDOUX

AUTEURE : Nom : PIERRE

Prénom : CELINE

Date de soutenance : 1er JUILLET 2022

**Titre du mémoire : L'INTERPROFESSIONNALITÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT
HOLISTIQUE DES PERSONNES DIABÉTIQUE PRÉSENTANT UNE PLAIE
CHRONIQUE**

Mots-clés libres: Interprofessionnalité, collaboration, parcours, pied diabétique

Introduction : Le diabète peut entraîner de nombreuses complications sévères notamment au niveau podologique et peut avoir des répercussions dans la vie quotidienne. L'interprofessionnalité dans la prise en charge des patients atteints de plaie du pied diabétique étant donné la multitude d'acteurs qui gravitent autour du patient a son importance. Le manque de communication entre les professionnels crée des défauts de prise en charge qui peuvent engendrer des ruptures de soins. Cette réflexion traite des difficultés liées à l'interprofessionnalité et comment améliorer les relations interprofessionnelles afin d'éviter les défauts d'accompagnement et les ruptures de soins.

Méthode : Cette analyse de pratique se présente sous forme d'un RSCA. Ce récit relate l'accompagnement d'une personne diabétique porteur d'une plaie chronique. La complexité de la situation engendre diverses problématiques. L'objectif de cette réflexion est de déterminer l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle dans l'accompagnement des personnes diabétiques présentant une plaie chronique.

Analyse : L'accompagnement de Monsieur R. reflète des défauts dans la prise en soins. On comprend que dans l'accompagnement de cette personne de nombreux éléments sont absents. Malgré une réponse aux besoins et aux attentes du patient. La persistance de difficultés dans cet accompagnement est observée lorsque le refus de prise en charge d'une nouvelle plaie est exprimé. Les professionnels n'ont pas le même discours, l'absence de transmission d'information entraîne des obstacles à la prise en charge. Les différents acteurs travaillent ensemble sans interagir.

Discussion: L'approche centrée sur le patient, la coordination ville-hôpital, le développement du numérique en santé, la formation des professionnels de santé et l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité du patient sont nécessaires dans la prise en charge du patient atteint de plaie du pied diabétique. L'élaboration d'un chemin clinique permettrait l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle des différents acteurs. L'harmonisation des outils et la coordination des différents professionnels est à développer.

Conclusion: L'expertise de l'infirmier en pratique avancée l'intègre dans une collaboration interprofessionnelle. Sa mission de coordination permettra l'amélioration du parcours de soins du patient et l'amélioration des échanges interprofessionnels

Directrice de mémoire : Docteur Florence BAUDOUX