

# ULCÈRE DU PIED DIABÉTIQUE : DÉCHARGE ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

S. GRANDPERRET VAUTHIER<sup>1</sup>, C. TESSER<sup>2</sup>, C. ZIMMERMANN<sup>3</sup>,  
C. TOUVREY<sup>2</sup>, L. MEILLET<sup>1</sup>, F. SCHILLO<sup>1</sup>, S. BOROT<sup>1</sup>

1. Diabétologue. Service de Diabétologie-Endocrinologie – CHU Jean Minjoz – 3, bd Fleming – 25030 Besançon Cedex.  
2. Infirmière. Service de Diabétologie-Endocrinologie – CHU Jean Minjoz – 3, bd Fleming – 25030 Besançon Cedex.  
3. Diabétologue. Service de Diabétologie-Endocrinologie et Unité Transversale pour l'Éducation du Patient – CHU Jean Minjoz – 3, bd Fleming – 25030 Besançon Cedex.

**Mots clés :** Pied diabétique, ulcère du pied, décharge, éducation thérapeutique du patient, bilan éducatif partagé, relation soignant/soigné.

**Keywords :** Diabetic foot, foot ulcer, off-loading, patient education, shared educational assessment, caregiver/patient relationship.

## → RÉSUMÉ

La décharge est un élément primordial dans la prise en charge des plaies de pieds des patients diabétiques. Actuellement, diverses solutions sont à notre disposition, plus ou moins contraignantes, plus ou moins « confortables », plus ou moins coûteuses... Ces critères et bien d'autres encore, concernant le patient plus personnellement, interviennent dans le choix du type de décharge et sont à prendre en considération lors de la prescription initiale. Ainsi, le recours à l'éducation thérapeutique est incontournable. Elle permet d'échanger librement avec le patient sur son ressenti, son vécu, les difficultés éventuelles auxquelles il est confronté au quotidien... autant d'éléments qui permettent de convenir ensemble d'une solution de décharge qui a du sens à la fois pour le patient et pour le soignant. Ce dernier se positionne en temps que partenaire, l'objectif étant d'accompagner le patient tout au long de sa prise en charge, et ce, quels que soient ses objectifs, sans culpabiliser. Cette attitude éducative permet au patient de vivre le mieux possible avec sa maladie et au soignant de se sentir plus efficace, moins frustré, et de mieux accepter la chronicité de la plaie si tel est le choix du patient...

## DIABETIC FOOT ULCER: OFF-LOADING AND PATIENT EDUCATION

### → ABSTRACT

Off-loading is very important in the management of diabetic foot ulcers. Currently, many devices are available, more or less restrictive, more or less "comfortable", more or less expensive... These criteria and many others, about the patient himself, are useful in the choice of off-loading device and should be taken into account in the initial prescription. Thus, the use of patient education is essential. It allows the patient to express himself freely about his feelings, experiences, potential difficulties he has every day... These discussions between patient and caregiver help to decide together about an off-loading device that makes sense for both patient and caregiver. This one is partner with the patient, in order to go with him throughout his medical care, whatever his purpose, without feeling guilty. This educational approach allows the patient to have a better life with his disease and the medical practitioner to feel more effective, less frustrated. It will be more easy for him to accept the chronic wound if it is the patient's choice...

La prise en charge de la plaie de pied du patient diabétique repose avant tout sur la décharge, tout appui, toute force de frottement ou de cisaillement survenant sur la plaie elle-même ou sur les tissus avoisinants étant délétère sur la cicatrisation. De nombreuses études le prouvent et les cliniciens en sont convaincus. Pour autant, le patient a souvent des difficultés à accepter les contraintes que cela génère au quotidien. En quoi l'éducation thérapeutique (ETP) peut-elle nous aider ?

## LES DIFFÉRENTS MOYENS DE DÉCHARGE À NOTRE DISPOSITION [1] [2]

### Décharge inamovible

Le mode de décharge qui est actuellement le plus efficace et le plus évalué dans les études est le plâtre avec contact total (Total Contact Cast ou TCC). Ce système inamovible a montré un pourcentage de guérison plus élevé et un délai de cicatrisation plus court que les autres systèmes, si bien que, dans les études, le TCC est

reconnu comme étant le système de décharge de référence. Il existe toutefois des limites à son utilisation, sa réalisation nécessitant une équipe entraînée. Concernant la surveillance, elle doit être hebdomadaire, ce qui peut poser problème dans certaines équipes qui n'ont ni le temps ni les moyens d'assurer ce type de suivi. Enfin, les patients artéritiques ne peuvent bénéficier de ce TCC du fait du risque que cela suscite...

Afin de réduire les temps de confection/ablation puis « renou-

## Ulcère du pied diabétique : décharge et éducation thérapeutique

vement» du TCC (la plaie étant complètement occultée dans le système), la solution du plâtre fenêtré, permettant un abord quotidien de la plaie, est parfois proposée avec les mêmes limites pour les patients artéritiques.

### Décharge amovible

Ce sont les systèmes les plus couramment utilisés, disponibles en pharmacies ou en magasins spécialisés. Différents modèles existent et permettent de décharger l'avant-pied ou le talon, voire le médio-pied. Leur coût est parfois un frein à leur achat, certaines demi-chaussures ayant des dépassements variables, partiellement pris en charge par les mutuelles.

Des dispositifs personnalisés, sur mesure, telle la chaussure en résine moulée sur le pied ou le chausson sur mesure type DTACP (dispositif transitoire d'aide à la cicatrisation des plaies) ou les grands appareillages avec appui rotulien ou autres peuvent également être utilisés dans certaines circonstances.

### Autres modes de décharge

Le fauteuil roulant, le lit... sont un recours intéressant à la phase aiguë mais difficilement compatibles au quotidien à domicile...

### POURQUOI LES PATIENTS NE SUIVENT-ILS PAS NOS CONSEILS ?

L'éventail de solutions peut paraître large. Néanmoins, en pratique, les choses ne sont pas si simples. Les soignants sont souvent confrontés à des écueils, les patients ne respectant pas les prescriptions, ce qui favorise les retards de cicatrisation et la survenue de complications infectieuses.

### Points de vue des soignants

Devant le constat de cette situation d'échec, le soignant s'imagine que le patient n'a pas compris l'importance de cette décharge, point pourtant essentiel du traitement de la plaie ! Si bien qu'à chaque consultation, il répète le même discours, réexplique inlassablement les bienfaits de la décharge, argumente... son but étant de convaincre le patient qu'il doit absolument por-

ter sa chaussure de décharge et suivre ses « bons conseils ». Devant l'apparente « surdité » du patient, il en arrive même à porter un jugement (« c'est un patient négligeant », « il n'y a rien à en tirer », « il n'est pas motivé », « il n'en a rien à faire »...). La réaction du soignant peut alors être la conséquence d'une exaspération, le poussant parfois à utiliser la peur, voire la menace...

Cette attitude pouvant être considérée comme une forme d'insouciance de la part du patient qui ne respecte pas ce que lui demande le soignant (alors qu'il lui veut du bien !), induit alors chez celui-ci découragement, frustration, démotivation... le confinant dans un sentiment d'impuissance. Il se sent démuni et ne sait plus quoi faire pour ce patient « difficile » (« tant pis pour lui si ça s'aggrave, moi, j'ai fait mon boulot ! »).

### Points de vue des patients

Nous avons interviewé 8 patients qui ont accepté d'être filmés pour l'animation de cet atelier. Tous sont ou ont été pris en charge pour des plaies de pieds, certains ayant été amputés d'orteils, voire en trans-tibial. Il s'agit d'hommes et de femmes d'âge variable, en activité professionnelle ou en retraite, vivants seuls ou en couple. Ils ont évoqué leur vécu de la décharge, le bouleversement que la survenue de cette plaie avait occasionné dans leur vie et toutes les répercussions : sur les gestes de la vie quotidienne, les renoncements qu'ils ont été contraints de faire, la dépendance aux autres difficile à admettre, l'isolement social forcé, les conséquences professionnelles et financières majeures pour certains et enfin la stigmatisation. Les répercussions psychologiques sont importantes et on perçoit une impossibilité de se projeter dans l'avenir, une appréhension des rechutes et surtout la peur de l'amputation omniprésente dans leur esprit.

### QU'EST-CE QUE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ? [3]

#### De quoi parlons-nous ?

Selon Brigitte Sandrin Berthon [4], « l'éducation thérapeutique a

pour but d'aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé, à leur bien-être. Pour les soignants, pratiquer l'ETP, c'est adopter une manière de travailler qui favorise l'implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé ».

On constate que bon nombre de patients ont de solides connaissances sur leur maladie et leur traitement, ils ont acquis des compétences et pourtant ils ne les mettent pas en œuvre. En effet, les facteurs qui influencent les comportements des personnes vis-à-vis de leur maladie et plus généralement de leur santé, ne relèvent pas seulement d'un apprentissage. Laurent Morasz [5] précise « qu'il ne s'agit pas d'inculquer au patient de nouvelles compétences, ni de le rééduquer en fonction de normes arbitraires, mais de l'aider, par le biais de la relation, à retrouver ses capacités et à s'équilibrer dans le cadre de sa personnalité afin de l'aider à faire face à sa maladie ». Ainsi, l'approche éducative dont il est question ici n'est pas centrée sur l'observation, ni sur l'apprentissage mais sur la relation soignant/soigné [6] [7].

#### En quoi ça consiste ?

En pratique, cela nécessite une transformation de la relation soignant/soigné qui devient une relation de partenariat. Pour cela, un changement de posture du professionnel de santé est indispensable. Il s'agit d'adopter une « posture éducative », appelée par certains « l'éduc attitude » : inviter le patient à s'exprimer, pratiquer une écoute active, solliciter et prendre en compte son expertise, lui faire confiance, entendre ses préoccupations et chercher comment elles peuvent s'articuler avec celles de l'équipe soignante. Selon Brigitte Sandrin Berthon, cette façon d'écouter est en tout point opposée à celle que l'on enseigne aux futurs médecins pour poser un diagnostic : le médecin a besoin de réponses précises à des questions précises, il apprend donc à mener un interrogatoire, à interrompre le discours du patient pour éviter de trop longues

## Ulcère du pied diabétique : décharge et éducation thérapeutique

*digressions qui viendraient gêner sa démarche décisionnelle. Pratiquer l'éducation thérapeutique suppose alors de savoir conjuguer deux postures apparemment contradictoires : celle du soignant qui utilise sa compétence médicale pour intervenir auprès d'un patient qui le demande et celle de l'éducateur qui encourage et aide le patient à progresser sur le chemin de l'autonomie.*

Le travail d'équipe est également primordial, permettant à chaque professionnel de s'impliquer dans l'éducation thérapeutique. Chacun pourra repérer son rôle et la façon dont il peut contribuer à l'ETP : participer à la démarche éducative personnalisée, donner son point de vue, s'attacher à créer un environnement favorable à l'ETP, repérer les messages contradictoires et favoriser la cohérence, établir des liens avec les autres acteurs du parcours de soin (chirurgien, podologue, infirmière libérale...).

### APPORT DE L'ETP DANS LA PRESCRIPTION ET LE SUIVI DE LA DÉCHARGE

#### Postulat

Le mode de décharge est EFFICACE à condition d'être PORTE au quotidien. Pour qu'il soit PORTE, il doit être ACCEPTÉ. Pour qu'il soit ACCEPTÉ, il doit être ADAPTE. Cela signifie qu'il doit certes être adapté au type de plaie, à sa localisation (avant-pied, médio-pied, talon...) mais aussi ADAPTE à la personne et à ses besoins.

#### En pratique

Lors de la prescription initiale, le soignant établit avec le patient un compromis acceptable pour l'un et l'autre. Pour y parvenir, il convient avant tout, certes, d'évaluer la plaie et son contexte médical, mais aussi d'évaluer les exigences de réalité du patient : son mode de vie, ses priorités, les éventuelles aides dont il dispose, son environnement... L'exploration de son ressenti, de ses craintes, de ses attentes et de ses besoins est primordiale et permettra de convenir ensemble d'un objectif réalisable, qui a du sens à la fois pour le patient et le soignant.

Lors du suivi, le soignant explore la plaie. Il va également s'attacher à évaluer le vécu du patient depuis la mise en place du système de décharge choisi, les éventuelles difficultés rencontrées, son ressenti, les répercussions sociales, familiales, psychologiques et financières que ce système a pu générer. Il va accueillir sans jugement le point de vue du patient, le prendre en compte et ils pourront ainsi convenir ensemble de la suite à donner, des adaptations nécessaires, des aides à mettre en œuvre qu'elles soient techniques, médicales, sociales, psychologiques...

Il s'agit ainsi d'incorporer de l'éducation thérapeutique aux soins : à chaque rencontre avec le patient suivi pour une plaie de pied, un temps de **bilan éducatif partagé** est aménagé au cours de la consultation, permettant d'évaluer la situation avec le patient et de construire ensemble une réponse personnalisée, adaptée... Ce sont des moments d'échanges qui vont concrétiser le partenariat.

#### Ce qu'en pensent les patients

Les patients que nous avons interviewés ont exprimé ce qui les avait aidés à prendre soin d'eux-mêmes dans leur parcours de soin : *« avoir la possibilité de s'exprimer, ne pas être pris pour une « beube », se sentir reconnu, la bonne humeur et la bienveillance des soignants, pouvoir échanger avec d'autres patients ayant une plaie chronique, bénéficier du soutien de la psychologue du service »...*

A l'inverse, ils ont dit que les *« sermons »*, et le fait de *« se sentir jugé »* n'avaient pas été aidants pour eux et les avaient *« rabaissés »*.

Enfin, ils ont parlé de ce qu'ils attendent des soignants : *« de la délicatesse, de la compréhension, de l'attention, de l'intérêt pour leur situation, de la chaleur, de l'écoute, du calme, un sourire, qu'ils leur laissent du temps pour avancer, pour construire quelque chose, qu'ils prennent en compte leur parole, qu'ils leur permettent d'avoir un rôle à jouer dans la prise en charge »*.

#### Bénéfices pour le patient

Grace à l'ETP, le patient se sent

libre de pouvoir s'exprimer et de donner son point de vue au soignant qui l'écoute sans porter de jugement. Il peut s'impliquer, être actif dans sa prise en charge, partenaire du soignant avec lequel il partage son vécu. Il se sent reconnu, soutenu, compris, valorisé, encouragé, plus confiant et en capacité de faire ses propres choix... Tout cela va, sans nul doute, retentir sur sa qualité de vie, son bien être, véritable finalité de l'ETP.

L'observance n'est en effet pas le but ultime de l'ETP, mais elle aura du sens si elle vient contribuer à cette qualité de vie définie par la personne pour elle-même, dans son contexte de vie. Autrement dit, il s'agit de s'intéresser à l'observance personnelle d'une norme auto-déterminée plutôt qu'à l'observance d'une prescription médicale, en accompagnant le processus d'empowerment de la personne [6].

#### Bénéfices pour le soignant

De son côté, grâce à cette approche éducative, le soignant connaît mieux son patient, ce qui lui permet de mieux connaître le contexte dans lequel il vit et de mieux comprendre sa situation, ses difficultés. Il se rend disponible pour une meilleure écoute et des échanges fructueux. Ainsi, une meilleure prise en compte du vécu du patient et de ses expériences, permet de progresser avec lui, à son rythme, dans un souci de cohésion autour d'un but commun défini par le patient et le soignant. Il est alors plus facile de respecter les objectifs du patient, sans culpabiliser. Le soignant se sent ainsi plus efficace et ressent moins de frustration, de découragement, d'échec. Cet accompagnement lui permet en outre de mieux accepter la chronicité de la plaie. L'investissement auprès du patient et la motivation des soignants restent intacts même dans les situations qui pourraient sembler « difficiles », l'ETP permettant de donner du sens au travail de chacun.

#### CONCLUSION

La prise en charge du patient diabétique présentant une plaie du pied repose sur une équipe dont

## Ulcère du pied diabétique : décharge et éducation thérapeutique

l'activité est centrée sur le patient et son environnement. Grâce à l'ETP, le soignant se positionne en temps que **partenaire** dont le but est d'accompagner le patient tout au long

de la prise en charge de la plaie et ce, quel que soit son choix. Ce rôle se poursuit après la cicatrisation pour optimiser le chaussage préventif, toujours en fonction des

besoins du patient, dans l'objectif de réduire le risque de survenue d'une nouvelle plaie et de lui permettre de vivre le mieux possible avec sa maladie. ■

### ■ Références

[1] LEWIS J, LIPP A. Pressure-relieving interventions for treating diabetic foot ulcers (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 ; Issue 1.

[2] IWDGF.ORG [INTERNET]. Consensus International sur le Pied Diabétique et les Recommandations Pratiques pour la Prise en Charge et la Prévention du Pied Diabétique 2011 [www.sfdiabete.org/sites/sfd.prod/.../Recommandations\\_IWG\\_DF\\_2011.pdf](http://www.sfdiabete.org/sites/sfd.prod/.../Recommandations_IWG_DF_2011.pdf).

[3] ASSAL J.-PH. « Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge ». *Encycl. Med. Chir., Elsevier, Paris, 1996 ; 25-005-A-10*, p. 17.

[4] SANDRIN BERTHON B. « L'éducation thérapeutique : de quoi s'agit-il ? ». In *Education thérapeutique : concepts et enjeux*. ADSP. 2009 ; 66 : 10 – 15.

[5] MORASZ L. « La souffrance dans la relation soignant-soigné ». In *Traité de*

*psychologie de la santé*, Dunod, Paris, 2002, p. 405-424.

[6] PELICAND J. « Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins ». In *Education thérapeutique : concepts et enjeux*. ADSP. 2009 ; 66 : 21 – 23.

[7] BARRIER P. « L'éducation thérapeutique du patient : acquisition de compétences et/ou résilience ? Nil'un nil'autre... Pourquoi ? ». In *Santé Education*. 2015 ; 1 : 19 – 21.

**Conflits d'intérêt :** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.