Expériences de partage de connaissances podologiques des soignants au service des patients

Regat Delphine – Podologue
Département de Réhabilitation et de Médecine Palliative
Service de Réadaptation Médicale
HUG Hôpitaux Universitaires de Genève delphine.regat@hcuge.ch

Démarche itérative au long de la réalisation des projets

Etape 1
- Répondre à une demande
- Situation insatisfaisante

Etape 2
- Perception-lisibilité-engagement : caractère personnel de l'apprentissage
- conviction- enjeu saisi- ressources mobilisées

Etape 3
- Volonté de créer un cadre apprenant, cadrage
- Conduite du projet
- Bilan-perspectives.

Les différentes actions proposées aux soignants

P1.Poursuite du thème « Pieds à Risques – Un nouveau concept » par le jeu (2006)

P2.« Dépistage des pieds à risques en milieu hospitalier » présenté lors d'un congrès mondial de Podologie (2007)

Demande d'une séance d'information et de sensibilisation à l'Education Thérapeutique du Patient aux enseignants de l'école de Podologie de Genève

P3.Sensibilisation de mes collègues podologues à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en prévision de l'ouverture de la nouvelle consultation « pieds à risques » sur le site des Trois-Chênes (2007)

P4.Participation en plénière au XXe Congrès de Podologie de Suisse romande (2011) :

« L'atelier podologique pour soignants sur les pieds à risques, un outil d'Education Thérapeutique »

P5.Expérience de partage de connaissances podologiques avec les soignants d'une unité de fin de traitement au service des patients sur le site de Loëx (2011)

Hypothèse

✓De permettre aux soignants de renforcer et/ou réactiver leurs connaissances pour entreprendre une démarche éducative auprès des patients à risque podologique.

✓ **Principaux mots clés qui ont éclairé mon cheminement dans le cadre de ce projet :**

✓(…) Pieds à risques Prévalence des facteurs de risques podologiques ;Education Thérapeutique du Patient ; Mobilité ; Apprenance - organisation apprenante- Intelligence Collective Changer de comportement– Mutation,

✓Eduquer et Former;

✓Identité au travail Sentiment d'efficacité personnelle– Dynamique motivationnelle; Dynamiques identitaires (…)

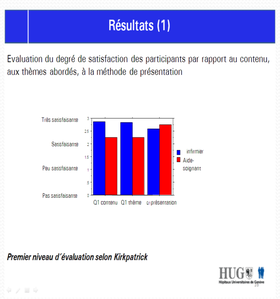
Objectifs/Moyens/Stratégies- Méthodologie P5

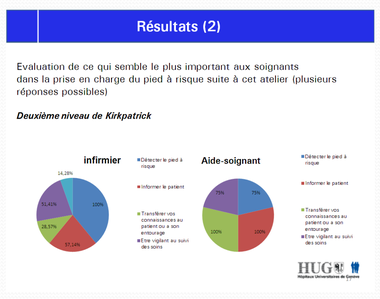
Objectifs
- *Renforcer les connaissances podologiques des soignants*
- *Augmenter les attitudes favorisant une démarche éducative podologique des soignants*
- *Donner des clés pour transmettre les connaissances podologiques au patient*

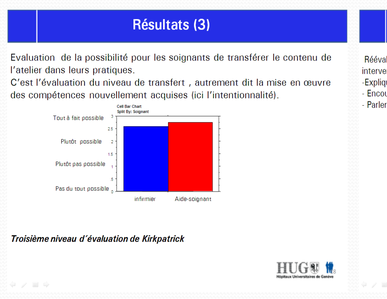
Moyens
- Susciter l'intérêt à l'ETP en vue d'améliorer la qualité des soins podologiques à apporter aux patients
- Outils utilisés : photo-langage, jeu de rôle, discussion, atelier, entretien motivationnel

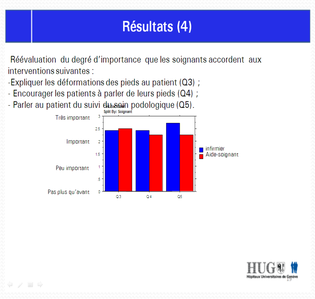
Stratégies
- D'approches
- Pédagogiques et d'animation
- De communication

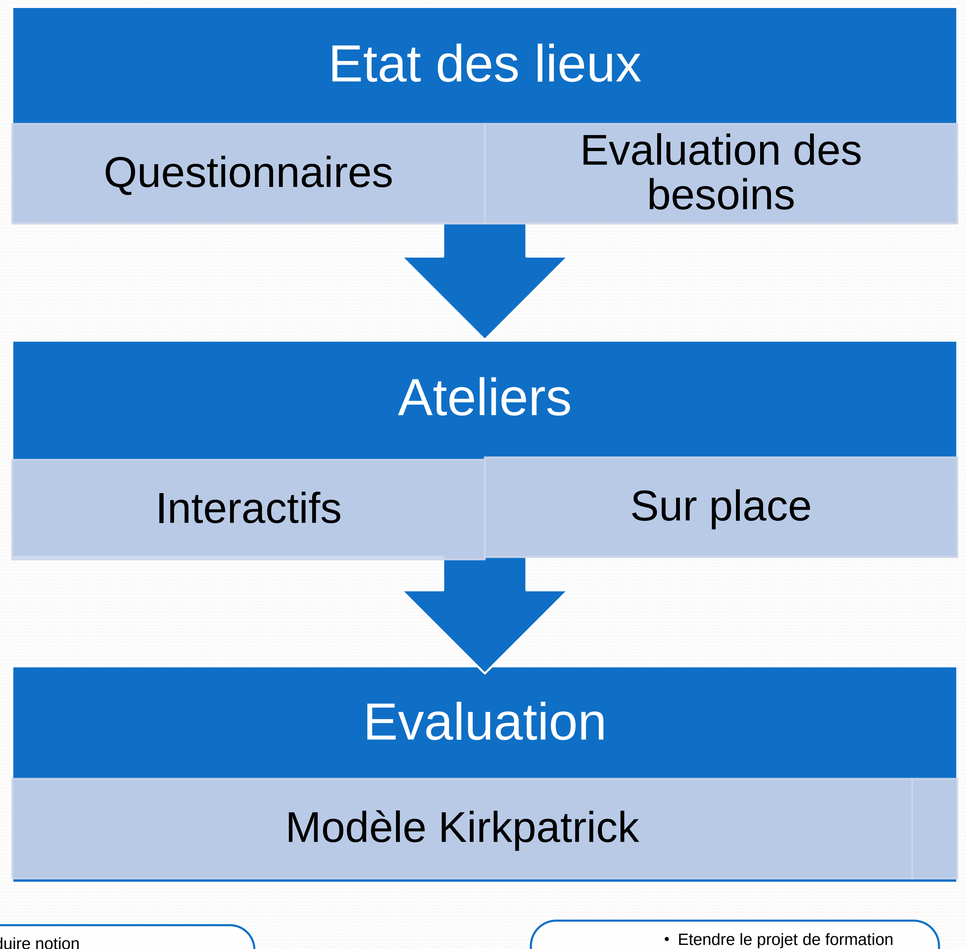
Résultats du projet P5











Discussion/Conclusion - Perspectives

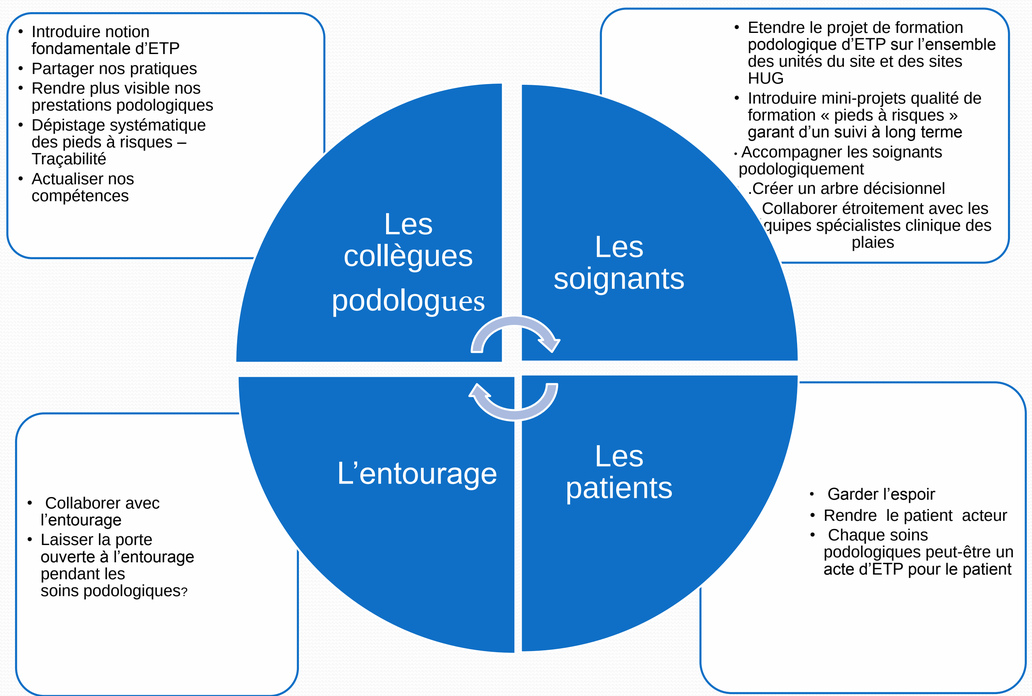
✓Restitution des principaux messages clés

✓Intérêts manifestés par les participants – Adhésion ?

✓Aides-soignants montrent plus d'appétence pour la formation continue par le jeu que l'atelier-exposé

✓Intérêt manifesté face à l'entretien motivationnel lors des différents projets

✓Expérimentation de l'importance de la méthode d'accompagnements aux changements



HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

Université de Genève **Faculté de médecine**
Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques
Travail de diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient ((DIFEP)

Expérience de partage de connaissances podologiques avec les soignants au service des patients

2008-2011

Atelier podologique sur « Les Pieds à Risques » à l'intention des soignants d'une unité de soins.

Auteur
Regat Delphine
Podologue

Bons réflexes soignants – Bons pieds patients

« Plus un changement a de l'ampleur, plus les acteurs réclameraient des communications riches, la transmission d'information impersonnelle sur papier étant la forme la moins riche et l'échange en face à face étant la forme la plus riche » Covin 1993

Département de Réadaptation et Médecine Palliative- Hôpital de Loëx

Table des matières

Remerciements……4

Résumé……5

I. INTRODUCTION/CONTEXTE D'EMERGENCE/CONCEPTUALISATION

1. Présentation ……6

1.1 Maturation à l'idée de suivre la formation d'Enseignement Thérapeutique du Patient ……7
1.2 Pied à Risque –Dépistage ……7
1.3 Rôle de Pédicure-Podologue dans un hôpital de moyen-long séjour……7

2. Situation de départ ……8

2.1 Problématique éducative……9
2.2 Eléments constitutifs du problème ……10
Regards sur les points forts et les points d'efforts du contexte……10
Revue de la littérature : Définition général du pied, L'éducation Thérapeutique du Patient, L'appétence et l'inappétence pour la formation, Evaluation selon Kirkpatrick ……10-17

3. Evaluation des besoins des soignants……18-19

3.1 Recueil et Analyse des besoins des soignants ……20-23
3.2 Observation et constats lors du soin de pédicure aux patients……23-25
3.3 Regards croisés détaillant l'intégration de savoirs hétérogènes podologiques……25-26 du soignant à acquérir et/ou renforcer

4. Hypothèse……27

4.1 Connaissances sous-tendant le choix de l'hypothèse……27
4.2 Comprendre les étapes du changement ……27-28
4.3 Les caractéristiques de l'apprentissage ……28
4.4 L'impact du milieu hospitalier spécifique sur des activités « paraprimaires » ……29-30

II. INNOVATION/ACTION/STRATEGIE GENERALE

1. Description/objectifs de l'innovation ……31

2. Les objectifs du projet = Résultats attendus ……31

3. Planifier le dispositif d'évaluation/critères/objectifs……32

4. Elaboration des stratégies d'action adaptées au public cible……...……33

4.1 Stratégies projetées, limites et intérêts de l'intervention…….……...34
sous forme d'atelier
4.2 Contenu de l'atelier ……34-35

III. EVALUATION ET DISCUSSION

1. Présentation des résultats ……37-46

2. Discussion des résultats ……...……47-51

IV. CONCLUSION……...……51
V. PERSPECTIVES…….….52
VI.BIBLIOGRAPHIE…….……..53

VI. ANNEXES

1. Evaluation des facteurs de risques podologiques……..55-58
2. Posters : Le rôle du Podologue au sein d'un groupe interdisciplinaire - Pied à risque, un outil pédagogique – Dr Zoltan Pataky…….59
3. Témoignages de trois infirmières tournantes sur le site de Loëx……...……60-61
4. Questionnaire « Bons réflexes soignants-Bons pieds patients »……62-64
5. Recueils de signes et de constats patients pendant le soin de pédicure…….....65-67
6. Questionnaire de l'évaluation de l'atelier du pied à risque…….……...68-69
7. Présentation PowerPoint de l'atelier « Pieds à risque » à l'intention des soignants de L'Arve-Rez……...70-105
8. Document de suivi concernant les « Soins de Pédicure » à l'attention des soignants…….….106
9. Exemple du photolangage utilisé dans une unité de soins de fin de traitement……107
10. Texte proposé aux participants sous forme d'entretien motivationnel……....108-109
11. Evaluation de la présentation sur l'ETP adressée aux enseignants de L'Ecole de Podologie…110
12. Présentation de leurs résultats……11-114

Remerciements

La conduite d'un travail de mémoire est par moment une lourde tâche qui nécessite l'aide de nombreuses personnes.

Je tiens à exprimer mes profonds remerciements au Professeur Alain Golay et à toute son équipe pour leur soutien permanent, leurs encouragements, conseils avisés. La souplesse dont vous avez fait preuve concernant mon parcours « grossesses » en m'accordant un délai et une remédiation du travail m'ayant permis de mener mon projet de formation à terme.

Je remercie également Dr Pierre Conne qui avait accepté le projet de formation initialement, et également le Dr Zoltan Pataky, acteur et moteur de ma formation.

Je remercie M. Didier Marcant, Mme Mireille Balahoczki responsable des Pluriprofessionnels de Santé et Dr Hubert Vuagnat, médecin chef de service de l'Hôpital de Loëx, d'avoir acceptés que je poursuive ce travail.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance à Mme Montserrat Castellsague qui m'a énormément encouragée à poursuivre le diplôme notamment après l'obtention du certificat.
Un grand Merci à Mme Michèle Victorion pour la mise en place du projet et l'Accompagnement dont j'ai bénéficié tout le long de la rédaction.

Mes remerciements s'adressent également à Mme Charline Couderc, Infirmière Responsable du site de Loëx qui a accepté que j'introduise le projet aux IRUS.

Merci à M. Vincent Malègue, infirmier responsable de l'unité de soins choisie pour le projet et à tous les soignants de l'unité de l'Arve-Rez pour leur accueil et leur précieuse collaboration.

Je remercie Mme Mireille Demeure, Infirmière des Consultations et Mr Omar Senouci, Intendant, pour l'aide de la mise en page, prises de photos.

Merci au Dr Martin Schimmel, Dentiste à Loëx, pour l'aide graphique.

A toutes les étapes du projet, j'ai réalisé que l'autre est un véritable point d'ancrage et d'écoute et que l'on a toujours besoins de pouvoir parler à quelqu'un de ses projets, de ses doutes et de ses hésitations, que cet interlocuteur soit institué ou non, un grand merci à toutes ces personnes.

Résumé

Un consensus est maintenant précisé dans les pays européens sur la nécessité d'intégrer l'éducation thérapeutique dans les soins. Bien que la formation apparaisse comme une voie essentielle à l'essor de l'éducation thérapeutique du patient, il reste cependant à chaque pays de trouver la forme et les modalités de la formation.

Dans le contexte de l'Hôpital de Loëx[1] comme dans la plupart des hôpitaux de moyen ou long séjour, le pourcentage des malades atteint d'une polyneuropathie des membres inférieurs demeure élevé (2). Les équipes soignantes jouent un rôle important et ont une part de responsabilité dans la prévention et le suivi à long terme des lésions cutanées chez ces personnes souffrant par ailleurs de multiples pathologies.

L'hypothèse de la recherche action est que l'expérience de partage de connaissances podologiques pour soignants correspondant à leurs besoins spécifiques, adaptée au contexte de l'unité, permettra de renforcer et/ou resensibiliser leurs connaissances afin d'augmenter certaines compétences.

Pour connaître les besoins spécifiques des soignants de l'unité choisie, le questionnaire fut retenu comme méthode d'investigation. Le choix du questionnaire comme outil de recueil de données, malgré ses limites, s'est imposée à cause du délai, de son rôle formateur pour les soignants interrogés et du fait qu'il puisse toucher un large public.

Pour construire le questionnaire je me suis basée sur la littérature podologique et sur ma pratique professionnelle. Les remarques des infirmières du « pool de remplacement » dans les différents services de l'hôpital de Loëx m'ont apporté des éclairages supplémentaires. Une des interventions choisies pour mener à bien le projet d'innovation a été concrétisé sous forme d'atelier.

Pour mesurer les effets de cette intervention, je me suis appuyée sur un modèle d'évaluation connu. Seule l'évaluation de la phase dite « post-intervention » a été conduite en temps réel.

Cette démarche montre qu'il est possible de mettre en place un projet de formation sur le terrain correspondant aux besoins spécifiques des soignants. La formation a été bien accueillie par l'équipe soignante qui a restitué les principaux messages clés dès la première phase d'évaluation. Il en résulte que le degré d'importance accordé à certaines attitudes, actions et comportements en lien avec les soins de pieds en adéquation avec l'éducation thérapeutique, montre des résultats encourageants et une vision plutôt consensuelle des participants indiquant une intention de changement.

Une des finalités poursuivie par la formation est d'affiner les compétences éducatives des soignants afin de leur permettre d'offrir aux patients porteurs de pieds à risque les soins requis et de prendre des décisions visant l'amélioration de la qualité des soins.

[1] Loëx – 1900, 2000 - L'Asile, la Maison, l'Hôpital dans la presqu'île – Armand Brulhart

I.INTRODUCTION/CONTEXTE D'EMERGENCE/CONCEPTUALISATION

1. Présentation

Je suis Podologue au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (H.U.G) à l'Hôpital de Loëx où je travaille à un taux de 80 % depuis environ cinq ans.

Plusieurs sources attestent que Loëx s'est toujours affiché comme un établissement de moyen long séjour hospitalier et de réhabilitation avec pour buts et mission d'accueillir les malades chroniques et/ou d'assurer la suite de prise en charge des personnes victimes d'un accident qui nécessitent des soins durables. L'institution de Loëx s'est construite progressivement depuis son existence tout en subissant plusieurs mutations : Du statut d' « asile de Loëx » à celui de « la maison de Loëx » en Janvier 1990. Le statut de Département médical des HUG lui a été reconnu entre 1996 et Février 2006, le site de Loëx a été rattaché aux HUG en tant que service et dédié aux traitements de réhabilitation entre 2006 et 2010. Jusqu'à fin 2010, l'Hôpital de Loëx avait comme mission clinique notamment dans le secteur des soins continus d'accueillir et de prendre en charge les patients provenant des HUG pour des suites de traitement et d'affections nécessitant des soins de réhabilitation au long cours. La présence d'un pourcentage élevé de patients souffrant de troubles neurologiques dans l'institution mérite d'être mentionnée.

Les lits de fin de traitement accueillent les patients en attente de la possibilité d'une entrée en établissement médico-social (EMS) et autres établissements adaptés. L'âge moyen des patients est de quatre-vingt ans. Certains de ces patients souffrant de troubles cognitifs errent à longueur de journée dans les couloirs donc à haut risque podologique, ne sentant pas la nécessité de reposer leurs pieds (notamment s'il y a présence de plaies).

Des équipes pluridisciplinaires et spécialisées assurent la prise en charge complexe du patient. Les décisions thérapeutiques sont à l'origine d'une multitude d'événements qui demandent une approche globale et multidimensionnelle. La complexité de la prise en charge des patients est à l'origine du choix des priorités parmi les multiples problèmes que le patient peut présenter à l'entrée. Dans une approche multidimensionnelle, il est indispensable de tenir compte de toutes les pathologies du patient ainsi que de son projet d'avenir.

Une consultation « Pieds à Risques » fut créée par le Dr Zoltan Pataky en partenariat avec les soins infirmiers. Celle-ci avait été essentiellement développée pour les patients hospitalisés et avec une maladie sous-jacente au niveau des membres inférieurs (ulcères). Dans ce contexte, le but était de faire participer les soignants (qui s'occupent directement du patient dans l'unité de soins concernée) à la consultation elle-même. Ce médecin a suivi le diplôme de formation continue en Education Thérapeutique du Patient de 2003 à 2006. Le travail qu'il a réalisé à cette occasion a eu pour titre « Pieds à Risques » - Un nouveau concept.

Les malades diabétiques représentaient la majorité des patients au sein de cette consultation. Cependant, la consultation était également destinée aux patients non diabétiques qui étaient porteurs d'une ou de plusieurs maladies neurologiques caractérisées par une neuropathie des membres inférieurs (périphérique ou centrale) et perte de la sensibilité protectrice à la douleur.

Une activité importante liée à la consultation concernait les patients à haut risque podologique sans lésion décelable. Un des buts de la consultation « Pieds à risque » était de détecter le stade d'insensibilité du pied, d'apporter un soin, un suivi personnalisé au patient et de l'informer des

éventuels risques encourus. L'objectif principal du projet était d'augmenter les compétences des soignants dans le suivi et la gestion des « Pieds à risque » afin de diminuer les complications à long terme au niveau des membres inférieurs.

Les bilans podologiques que j'ai réalisés auprès des patients à la demande du Dr Pataky dans le cadre de son travail de diplôme, me fit prendre conscience que le pied était très souvent oublié par le patient et par le soignant, ou tout au moins ne faisait pas partie des soins prioritaires.

1.1 Maturation de l'idée de suivre la formation d'enseignement thérapeutique de patient

J'ai accepté la proposition de suivre la formation d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour être plus professionnelle auprès des patients et des soignants afin d'ouvrir mon horizon et, me permettre de changer certaines habitudes ou comportements.

Je me suis engagée dans le but d'élargir ma vision du prendre soin afin de mieux percevoir les besoins des autres soignants. J'espère acquérir un langage plus adéquat aussi bien avec le patient qu'avec le soignant. Le désir de me sentir légitimée dans ma fonction est également une source de motivation.

Je souhaite poursuivre le travail entrepris par le Dr Zoltan Pataky auprès des soignants. Son hypothèse de travail était que « les compétences des soignants soient directement liées à leurs connaissances dans le domaine concerné ».
Ce sont les premières motivations ressenties à l'idée de suivre cette formation.
J'ai fait partie de la volée 2006-2009.
Un délai d'une année et demie m'a été accordé par l'équipe du CEFEP-DIFEP pour finaliser mon diplôme ayant eu deux petits garçons pendant ce temps.

1.2 Pied à risque – Dépistage

Un dépistage systématique des « pieds à risque » avait été soumis au niveau institutionnel. Il s'agissait d'un programme qui impliquait les médecins, les soignants et la pédicure-podologue (moi-même). Le but principal était de repérer tous les malades admis à l'Hôpital de Loëx qui présentaient un risque élevé de développement de lésions aux pieds.
Le dépistage concernait les patients qui venaient aussi bien pour de courts séjours ou des séjours de moyenne ou longue durée. Il était effectué par la pédicure-podologue (Annexe 1).
Un status podologique détaillé était systématiquement effectué par un examen du pied et de la chaussure pour chaque patient alité. L'examen comprenait essentiellement le status neurologique et l'examen orthopédique centré essentiellement sur des déformations du pied.
Sur cette base, une liste des patients avec facteurs de risques podologiques était mise à jour. Ces patients étaient suivis à une fréquence définie par la pédicure-podologue à sa consultation.
D'autres patients dont les chaussures étaient considérées comme non-adéquats ou mal adaptés, et qui ne correspondaient pas au status neurologique perturbé, ainsi que tous les malades avec «Pieds à risque » recevaient un enseignement concernant le choix de leurs chaussures.

1.3 Rôle du pédicure-podologue dans un hôpital de moyen- long séjour

La pédicure-podologue joue un rôle dans la prise en charge complexe de tous les patients de l'institution. Elle renforce la sensibilisation mais également la formation des soignants dans le domaine du « Pieds à risque ». C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail. Un nouveau cahier des charges m'avait été défini. Mes activités étaient reliées autour de l'amélioration de processus de prévention, de soins et de la prise en charge des patients présentant des troubles de la sensibilité aux membres inférieurs – « Pieds à risque ».

La podologie ainsi développée a permis une meilleure adaptation des chaussures – un des facteurs majeurs évitant l'ulcération des pieds.

Elle a également contribué à la sensibilisation des différents professionnels de santé dans ce domaine. (Annexe 2)

2. Situation de départ

Dans un contexte d'amélioration continue des soins aux patients, je constate différentes situations pouvant poser problème dans mon cadre professionnel.
La majorité des patients hospitalisés à l'hôpital de Loëx, fréquemment poly pathologiques, n'ont plus ou partiellement la capacité d'acquérir les connaissances (démences, Alzheimer…) ou les gestes pouvant leur permettre d'observer, de soigner leurs pieds afin d'éviter des conséquences graves allant jusqu'à l'amputation. **C'est essentiellement des soignants que dépend la prévention des lésions podologiques chez des malades hospitalisés à long terme.**
La recherche sur ses patients pendant la période d'hospitalisation du 01.10.2003 au 30.09.2004 dénombrait que 50% d'entre eux étaient considérés comme« Pieds à risques ».
Sur l'ensemble des 270 malades hospitalisés en 2006, un nombre considérable de patients avec ulcère installé à différents endroits des membres inférieurs et nécessitant un traitement à long terme était une réalité quotidienne. Actuellement, les patients porteurs d'ulcères sont un peu moins nombreux mais toujours présents à l'hôpital, aucune étude n'est disponible.
Les répercussions psychologiques lourdes découlant d'une lésion chronique empêchant le patient de marcher, ou du handicap après une amputation, sont des éléments qui font partie de la réflexion pour la mise en place d'un programme pédagogique. L'impact du point de vue économique des ulcères chroniques et des amputations est non négligeable.
Dans mon contexte de travail, certains patients arrivent avec des plaies aux pieds plus ou moins sévères, qui, pour la plupart ont outrepassé le délai de soin. Il arrive que les soignants ne précisent ni le degré de priorité de soins ni le motif lors d'une demande de consultations.
Je constate également une irrégularité concernant la prise de rendez-vous des soins des patients porteurs de pieds à risque ainsi qu'un manque de demande de suivi des soins compliqués, des patients mal chaussés, des patients peu ou insuffisamment appareillés podologiquement. D'une manière générale, le pied n'est peu ou pas pensé par les soignants. Néanmoins, je constate que lorsque je me déplace en chambre bien souvent les soignants m'interpellent, me posent des questions, paraissant intéressés.Ce sont autant de situations problématiques auxquelles mon projet souhaite apporter une amélioration

2.1Problématique éducative

- Comment favoriser l'adhésion des soignants à une démarche éducative envers les pieds des patients ?
- Comment sensibiliser le soignant à transmettre leur savoir du Pied à risque au service du patient hospitalisé ?
- Comment les soignants transmettent-ils la perception du pied à risque à leurs patients, avec quelles méthodes, quels outils, sous quelles formes ?
- Comment la perception que le soignant a du pied à risque favorise t-elle son processus de prise de décision/action ?

2.2 Eléments constitutifs du problème

La prévalence des problèmes podologiques chez une population âgée est presque double par rapport à une population d'âge moyen[1].
Le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus chez lesquelles on constate des problèmes de pieds est variable : 40-60% [2]
Vu les polypathologies et comorbidités souvent présentes chez les patients séjournant à l'hôpital de Loëx, la majorité d'entre eux présente des risques lésionnels de pieds importants. Il ne s'agit pas seulement des patients diabétiques mais aussi des malades avec neuropathie périphérique et/ou centrale d'origine différente caractérisée par une perte de la sensibilité protectrice à la douleur (sclérose en plaque, syringomyélie, sclérose latérale amyotrophique, accidents vasculaires cérébraux, paraplégies, etc.).
Le résultat est le même : pied insensible – à haut risque de développer des lésions qui ne font pas mal mais qui ont des conséquences souvent lourdes. Elles sont greffées d'une morbidité importante, d'un coût élevé pour la société, d'handicaps fonctionnels souvent lourds ainsi que de répercussions psychologiques profondes chez les malades et leurs entourages.

Le fait que dans 4 cas sur 5, le facteur déclenchant (dans la plupart des cas des chaussures mal adaptées) puisse être identifié, prouve que la majorité des lésions aurait pu être prévenue[3].
La prise en charge pertinente du pied à risque doit donc commencer par la prévention, avant l'apparition des lésions, chez tous les patients à risque.

Le rôle de la prévention des lésions podologiques (primaire, secondaire ou tertiaire) est bien établi et décrit dans la littérature[4].
La prévention a fait preuve de son efficacité sur la réduction du nombre et de la gravité des lésions et sur les conséquences qui en découlent (souffrance psychologique, coût social et financier, amputations, hospitalisations, etc.). Une meilleure formation tant des soignants que des patients est la base du bon fonctionnement de cette prévention.

La mise en évidence d'un risque podologique élevé chez un patient avec une neuropathie sous-jacente impose une prise en charge interdisciplinaire impliquant médecins, infirmières, aides-soignants, orthopédistes, pédicures-podologues (…). Cette prise en charge devrait permettre au patient d'acquérir les compétences nécessaires pour prévenir la survenue d'ulcération cutanée, qui seul peut prévenir l'aggravation rapide d'une lésion et le recours à l'amputation.
Les différentes stratégies de prévention sont à entreprendre tant du coté des patients que des soignants car en milieu hospitalier il est parfois difficile de solliciter la participation active des patients. Dans ce cas de figure, les professionnels de santé en contact direct avec le patient ont un rôle clé. Dans ces conditions, les soignants devraient être capables, dans un premier temps, de reconnaître les facteurs de risques et de mettre en place les différentes stratégies préventives afin

[1]Munro BJ, Steele JR: Foot-car awareness. A survey of persons aged 65 years and older. J Am Podiatr Med Assoc 1998; 88 (5): 242-8
[2] Hsu JD: Foot problems in the elderly patient. J Am Geriatr Soc 1971; 19(10): 880-6
[3] Apelqvist j, Larsson J, Agardh CD: The influence of external precipitating factors and peripheral neuropathy on the development and outcome of diabetic foot ulcers. J Diabetic Complications 1990; 481):21-5
[4] Assal JP, Mulhauser I, Pernet A, Gfeller R, Jorgeens V, Berger M: Patient education as the basis for diabetes care in clinical practice and research. Diabetologia 1985;28(8):602-13

d'éviter l'apparition et/ou la péjoration des lésions cutanées podologiques. Cela implique une disponibilité et un niveau de connaissances podologiques suffisant des soignants.

Malgrange D et collaborateurs (2003) cité par Zoltan (2006) pensent à juste titre que les programmes de prévention pour les équipes soignantes dans les institutions de longue durée, en ce qui concerne les lésions podologiques, sont clairement insuffisants[5]. Dans le cadre de cet article deux explications ont été repérées, à savoir, un manque de sensibilisation à la problématique de neuropathie et des difficultés liées à l'accompagnement – suivi à long terme.

Regards sur les points forts et points d'effort du contexte

Etant l'unique pédicure-podologue du site, je suis la garante des traitements podologiques Je pratique les soins en cabinet et en chambre, en me déplaçant à la demande dans les différentes unités. Les unités me connaissent.
La consultation est ouverte à l'ensemble des patients, elle peut-être perçue comme un allégement de la charge de travail pour les soignants s'ils sont attentifs à la demande de rendez-vous.

Faisant partie des pluri-professionnels de la santé (PPS) et non des soins infirmiers, une distinction peut–être ressentie de la part des soignants en ce qui concerne ma position dans l'institution. Je suis gestionnaire du cabinet dans une institution en tant que salarié. Je dois assurer la vie du cabinet et prodiguer des soins. Une des priorités de soins offertes dans mon contexte de travail est d'amener les patients à conserver ou à devenir « porteurs » de pieds absents de pathologies podologiques. Il y a un risque que je sois perçue comme une intervenante extérieure, quasi extérieure à l'institution ce à quoi je dois-être attentive lors des stratégies d'innovation projetées.

En 2006 dans le cadre du plan « Victoria », période continue de changements structurels et de rationalisation, la fabrication de semelles podologiques a dû être momentanément suspendue. Il en est de même de la consultation « Pied à Risques « initiée par Dr Zoltan Pataky à l'hôpital de Loëx.
La profession de podologue est également peu représentée au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (trois pédicures-podologues sur l'ensemble des sites). L'arrêt de la consultation « Pied à Risques » ayant constitué un frein au dépistage systématique a entrainé comme conséquence l'augmentation des lésions podologiques constatées lors des premières consultations.
Dans le cadre de la réalisation de mon travail de mémoire, je bénéficie de l'appui de ma hiérarchie pour poursuivre le projet. J'insisterai également sur le fait que le projet-action est prévu dans un service ou l'infirmier responsable indique clairement l'importance des changements et est favorable à la formation continue.

Revue de la Littérature

Définition général du pied

Sur les 208 os du squelette humain, 56 sont localisés aux pieds, soit plus du quart[6]. Le squelette du pied, véritable poutre composite, est divisé en trois groupes osseux : tarse, métatarse, phalanges. De la cheville aux phalanges distales, on dénombre 32 articulations et une centaine de ligaments. Les articulations du pied sont trop nombreuses et trop complexes pour être détaillées en quelques mots. Sur le plan fonctionnel, leur nombre et leur variété permettent au pied de bien s'adapter à tous les terrains et évitent la surcharge, donc l'usure d'une articulation particulière (arthrose primitive rare).

[5] World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases.
[6] Abrégés de Podologie – A. Goldcher - 5e édition – Masson p.5-22

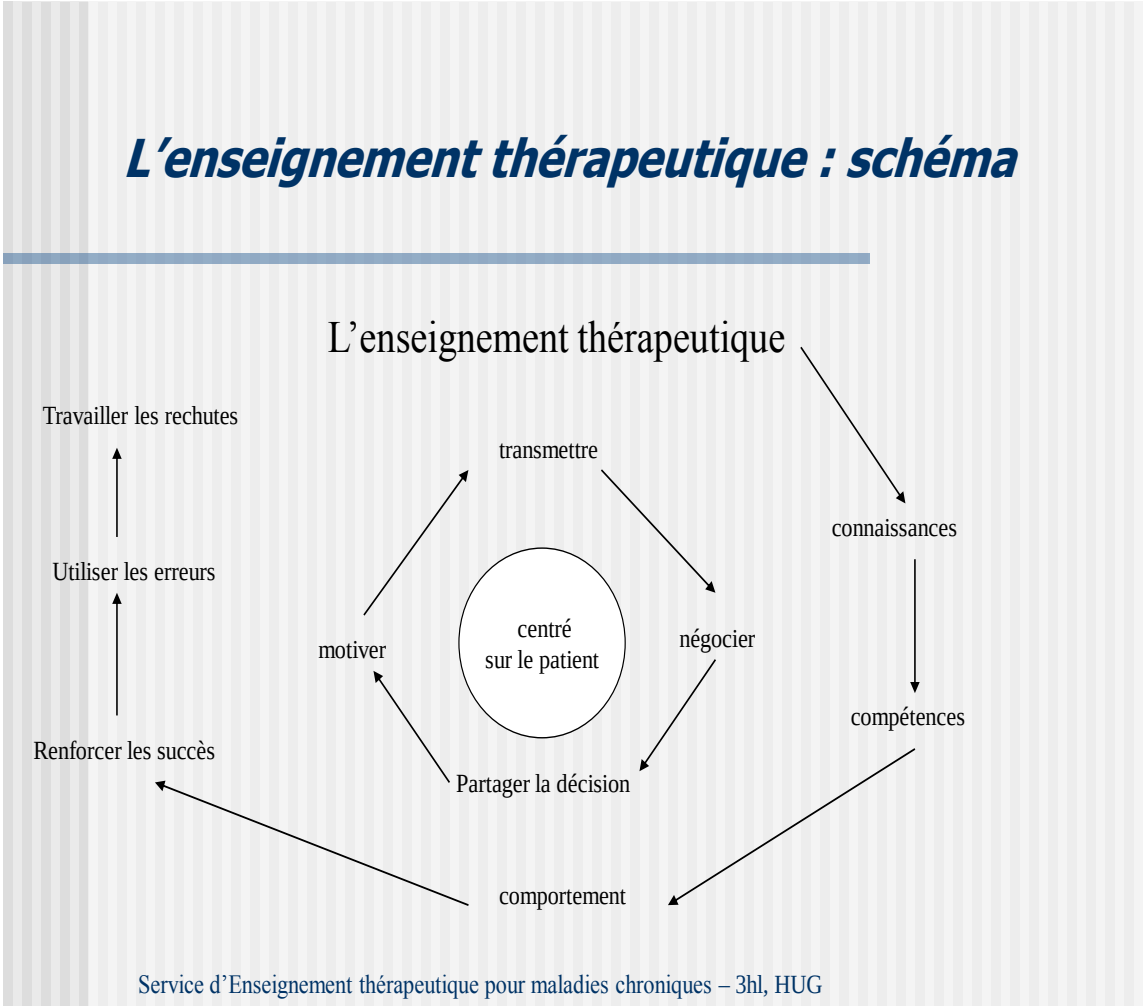
Les 28 muscles du pied se divisent schématiquement en deux groupes : les muscles extrinsèques, ou muscles de la jambe avec une insertion distale sur le pied, et les muscles intrinsèques, purement podaux, qui intéressent surtout les orteils.
En ce qui concerne les vaisseaux, la vascularisation artérielle est protégée par l'existence de deux sources distinctes : l'artère dorsale qui irrigue la face dorsale du pied et l'artère tibiale postérieure pour la face plantaire. Ce sont les artères les plus éloignées du cœur, d'où leur implication précoce dans les artériopathies périphériques.
Les deux systèmes sont riches en vaisseaux et communiquent par des artères perforantes qui favorisent les suppléances en cas d'obstruction d'une branche. Les zones d'appui du talon, métatarse, pulpe des orteils) sont mieux vascularisées.
Le système veineux est constitué d'un réseau profond calqué sur le système artériel et d'un réseau veineux superficiel visible et papable. Le drainage veineux se fait pour 90% par le réseau profond et pour 10% par le réseau superficiel.
Le pied présente un réseau superficiel très riche naissant du revêtement cutané. Les vaisseaux profonds sont satellites des vaisseaux sanguins. Tous les lymphatiques convergent vers des ganglions situés à la partie supérieure de la jambe. Il n'existe pas de ganglion dans le pied. L'innervation des muscles et des téguments du pied est assuré par les deux branches de bifurcation du gros nerf sciatique : le fibulaire commun qui innerve la région dorsale du pied et le tibial pour le tendon calcanéen et la région plantaire. Le nerf tibial issu du fémoral passe en arrière de la malléole médiale, dans le canal tarsien, et innerve la plante du pied en deux faisceaux, un nerf plantaire médial et un latéral.
Sur le dos du pied, la peau mince et très mobile dans la partie médiale, s'épaissit vers la partie latérale. Le tissu sous-cutané est lâche, pauvre et adipocytes, mais riche en vaisseaux et en rameaux nerveux.
La région plantaire est recouverte d'une peau peu mobile, fine et sensible sous l'arche plantaire, épaisse et dure sous les parties latérales supportant l'appui : Le tissu sous-cutané est mince sous l'arche plantaire et très épaisse sous les surfaces portantes. Il est riche en adipocytes, en veines et en rameaux nerveux. Il constitue un véritable capiton amortisseur élastique.
Au niveau des orteils, la peau est très épaisse. Des ongles recouvrent la partie distale de la face dorsale des orteils.
Les follicules pileux de la face dorsale des pieds ne possèdent pas de glandes sébacées. Les glandes sudoripares sont très nombreuses à la plante.
Tous ses éléments ont un double intérêt : améliorer la compréhension de la mécanique podale et rappeler tous les tissus susceptibles de souffrir. La pathologie du pied est liée en partie à cette richesse anatomique mais aussi à l'éloignement par rapport aux centre importants de l'organisme (cerveau, cœur) et à son rôle locomoteur.

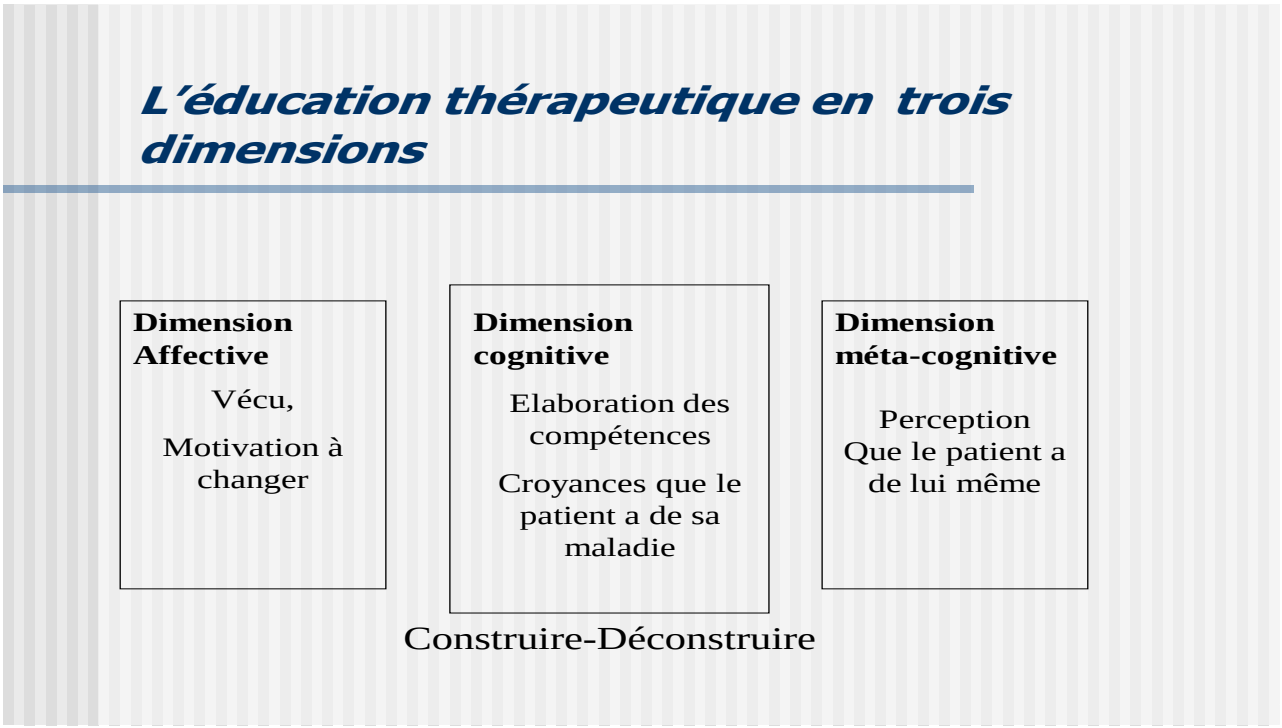
L'Education thérapeutique du patient

La définition retenue de l'ETP peut-être celle du rapport de l'OMS-Europe, publiée en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Heath Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998.
L'éducation du patient ou ETP est définie comme suit : « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient ».
Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

L'Education thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches.





La finalité de cette formation continue de trois ans est de permettre aux participants :
« d'être capable d'aider les patients atteints d'affections chroniques à acquérir la capacité de gérer leur traitement afin de prévenir les complications résultant de leur propre maladie, tout en conservant ou améliorant leur qualité de vie. »
Les objectifs principaux sont :

- Enseigner, aider à apprendre, accompagner un processus d'apprentissage
- Elaborer, évaluer, modifier des stratégies pédagogiques
- Développer, assurer, adapter un accompagnement thérapeutique sur le long terme.

L'appétence et l'inappétence à la formation

L'apprentissage « Tout au long de sa vie » repose pour l'essentiel sur l'acquisition et la mise à jour de toutes sortes de capacités, d'intérêts, connaissances et qualifications depuis l'enseignement préscolaire jusqu'après la retraite permettant le développement des compétences. La valorisation de toutes formes d'apprentissage formel ou non formel voir même informel, tel que respectivement : une formation visant un diplôme suivie à l'Université, des compétences professionnelles acquises en situation de travail ou lorsque l'on se forme seul à un outil dans un cadre privé[7].

L'appétence et l'inappétence à la formation est née dans notre société « hypermoderne », appelée « société du savoir et de la connaissance », ou « société de l'apprenance », nouvelle société qui se nourrirait essentiellement de compétences tant individuelles que collectives, et dont elle en fait désormais sa richesse.
L'éducation, la formation, l'élévation du niveau de qualification, sont donc désormais des priorités de nos sociétés modernes. La formation professionnelle continue, est donc un enjeu et s'inscrit

[7] De l'éducation permanente à l'éducation et la formation tout au long de la vie » - Noël TERROT – Conférence introductive au colloque du 45ème anniversaire de l'IFOCAP – Sources Internet

désormais dans un processus de développement des compétences et ce, tout au long de la vie et viendrait combler des « manques », manques qui, dans un contexte comme le nôtre en profondes mutations économique, sociale, démographique et technologique entraînant ainsi une forte instabilité, sont autant de facteurs d' « insécurité sociale », d'insécurité professionnelle.
Société « hypermoderne » dans laquelle également les notions de « libéralisme »,
d'« individualisme », et de « responsabilités partagées » sont omniprésentes et viennent donc largement influencer nos façons de penser la société et les individus qui la composent et permet ainsi de redéfinir la place accordée à chacun, le rôle de chacun, les règles communes, et les pratiques attendues face à ces nouvelles règles, ou normes.
C'est dans ce contexte également qu'est née la **« Formation tout au long de la vie »** et que s'est construit le postulat de l'individu responsable, autonome, capable de construire et gérer son capital compétences en vue d'une employabilité, individu devenu, au yeux de la société, un **« sujet social apprenant »**, ce qui implique, désormais de sa part, un changement, une modification de comportement. Face à ces nouvelles dispositions ou règles, un certain nombre d'entreprises et de salariés expérimentent ce passage de la logique financière et logique de poste de travail à la logique de compétences. Chacune à sa façon, pour ceux et celles qui s'y sont mis. Or aujourd'hui, il ne s'agit plus clairement de poursuivre des expérimentations isolées mais bien de développer cette logique dans toute son ampleur, dans toute sa dimension. Cette mutation, **ce changement est considérable puisqu'il remet en questions nos pratiques antérieures, notre approche de l'individu qui n'est plus ici et seulement une ressource mais qui a des ressources.** Elle touche donc et affecte l'essentiel des pratiques de gestion des ressources humaines, elle modifie le regard porté sur la formation, elle transforme les termes des relations professionnelles, des négociations dans l'entreprise et conduit à repenser nécessairement l'approche des organisations, comme des individus. Ce n'est donc pas étonnant qu'un tel discours est pris forme dans ce contexte précis ou l'individu se trouve au cœur des dispositifs. Néanmoins, ce discours semble largement occulter la part de responsabilité de l'employeur, qui joue un rôle important dans les pratiques de formation de l'entreprise.

Cependant, certains autres freins peuvent également expliquer cette inappétence :

- les pratiques de formation de l'entreprise dépendent pour beaucoup de son chef d'orchestre, de son implication, même si nous ne devons en aucun cas omettre la part d'initiative du salarié, son comportement, son implication, son engagement et le rôle qu'il peu jouer dans ces pratiques.
- Les représentations que l'on a de la formation et le vécu des formations préalablement suivies jouent un rôle prépondérant dans la construction d'un parcours de formation à venir
- Du niveau de formation initial. Plus l'individu est formé, il est sensible aux plus-values des formations.
- Sans projet à court ou à long terme, sans l'expression d'un besoin de formation, d'un besoin en compétences clairement identifiés, d'un « intérêt particulier», il parait difficile d'entrer dans une démarche ou logique de développement des compétences
- L'âge. À partir de 45 ans, l'accès à la formation continue baisse pour les actifs en emploi et se réduit encore plus au-delà de 55 ans. La perspective de départ à la retraite pour un certain nombre de senior joue défavorablement sur la formation. Ceci s'explique notamment par les pratiques de gestion de main-d'œuvre des employeurs qui ne sont pas enclins à investir dans la formation de travailleurs dont les perspectives de carrière deviennent limitées. Si les seniors expriment des besoins de formation moindres, il serait dangereux d'en conclure que leur faible accès à la formation s'explique uniquement par un désintérêt. On assiste sans doute à un phénomène circulaire de moindre accès à la formation qui entretient chez eux un sentiment de renoncement ou tout au moins de moindre appétence. Il est possible aussi

qu'existe un effet génération: les salariés âgés expriment moins de besoins car ils appartiennent à une génération qui a moins bénéficié de la formation que les générations les plus récentes[8]. D'un point de vue historique, « l'appétence » et son contraire, « l'inappétence », sont des termes substantifs féminins empreints au latin *«appetencia»* qui signifiait alors *«vif désir»*, lui même à rattacher au verbe *«appetere»* dont la traduction pourrait être *«appéter» (*terme didactique signifiant *« avoir des appétences » vers, pour ce qui est nécessaire à l'existence)* et à l'idée de *« mettre en appétit »*. On retrouve ces termes en 1611 puis dès 1800 ou ils n'ont guère d'usage que d'ordre physique. L'appétence est alors définie comme «**le désir de quelque chose**», l'inappétence, quant à elle, correspond à «**l'absence de désir**». En ces termes, l'appétence correspond donc à une « **attirance** », un « **penchant naturel** », « **un désir instinctif** », une « **inclination naturelle** » et par opposition à une forme d' «**indifférence**», voir même de «**dégoût**». Ce n'est que tardivement que ces notions envahissent le champ de la médecine et de la zoologie, puisqu'ils ne seraient employés dans ces domaines que vers le milieu du XIXème siècle et emprunteraient les théories relatives à la psychanalyse, et à la psychologie comportementale dite cognitive dans lesquelles les notions de désir et de libido sont largement associées.

[8] Frédéric Lainé « L'accès des seniors à la formation continue », *Retraite et société* 3/2002 (n° 37), p. 143-161.

La notion d' **« individu acteur de sa formation »** apparaît et désigne ici l'individu qui (ré) agit en situation professionnelle. Cette notion d'acteur est bien évidemment à rapprocher de l'action, celle de « se former tout au long de sa vie » et du nouveau rôle qu'on lui attribue désormais devant induire une nouvelle « attitude » On attend donc aujourd'hui un nouveau comportement de cet « acteur » un esprit d'initiative, un engagement, une implication, une participation active de sa part dans la gestion et le développement de ces compétences. **« Il ne suffit plus en effet que chaque individu accumule au début de sa vie un stock de connaissances, où il pourrait ensuite puiser indéfiniment. Il faut surtout qu'il soit en mesure de saisir et d'exploiter d'un bout à l'autre de son existence toutes les occasions de mettre à jour, d'approfondir et d'enrichir cette connaissance première, et de s'adapter à un monde changeant » (DELORS, 1996)[9].** On lui demande donc d'apprendre à apprendre. On peut donc lire aujourd'hui et ce, de manière récurrente, dans de nombreux articles de presses spécialisées ou non que **certaines populations ont une moindre appétence pour la formation**. Populations qui jusque là n'étaient pas le moins du monde accusées d'être «inappétentes» puisque le système de formation lui même, le contexte sociologique, économique étaient ainsi faits qu'ils entretenaient intrinsèquement moult inégalités d'accès. Ce qui ne semble plus être le cas via cette approche par l'appétence dont le regard est posé désormais sur l'individu et sur « son inclination naturelle à se former ». On y retrouverait ces termes en 2003 dans une étude de la DARES portant sur les seniors et la formation continue. On peut alors lire à cette époque que le moindre **accès des seniors à la formation continue entretiendrait chez eux « un sentiment de renoncement ou tout du moins de moindre appétence [10]».**
P. CARRE, à l'origine de nombreux ouvrages sur le thème de la formation et ayant notamment traité de la motivation des adultes, a, lors d'une Audition Publique (01/2006) portant sur le thème de « L'apprenance vers une nouvelle culture de la formation ? », donné une définition de l'appétence : pour ce dernier, l'appétence est avant tout un terme de zootechnie, comme l'a également souligné J. WEMAËRE et note deux définitions décalées de celle ci.

« D'un coté, au niveau des savoirs courants, l'appétence est un 'quasi-synonyme' d'appétit ». Ce que nous verrons lors de l'analyse des sens. Dans ce cas précis, P. CARRE s'offusque de ne pas voir utiliser le concept, largement référencé et validé, de motivation, « ce dernier ouvrant, il est vrai des perspectives moins digestives et plus sociocognitives ».

« Dans le deuxième sens de son utilisation, l'appétence », sous entendu par la première définition du grand dictionnaire encyclopédique que nous avons citée plus haut, « est la capacité à susciter une réponse de l'organisme. Dans cette deuxième conception ou entendement, utilisé d'un point de vue scientifique en zootechnie, il s'agit donc d'une qualité du produit qui entraîne une réponse comportementale ».

Aujourd'hui « l'appétence », « l'appétit pour la formation » a sa propre définition puisqu'elle est défini dans le 'Guide de la Formation Professionnelle' comme « la **volonté** que peut avoir une personne à mettre en œuvre une stratégie de développement de ses compétences en vue d'accroître son employabilité ».

[9] In «L'apprenance : rapport au savoir et société cognitive » - Rapport au savoir - Philippe CARRE – 2000 – p 6

[10] « L'appétence pour la formation, une entreprise de rationalisation du flou » C. FRETIGNE – Essais – Ed. Michel Houdiard – 2007

Evaluation de Kirkpatrick

L'évaluation doit être le corollaire du développement d'un projet et de tout enseignement. Selon C. Hadji[11], elle permet une lecture de la réalité à la lumière d'une grille de référence.

Les critères d'évaluation selon le modèle de Kirkpatrick mettent en œuvre la stratégie d'évaluation

Ces critères généraux sont :

- ✓ La pertinence, analyser le bien fondé des décisions relatives à la formation, les objectifs ont-ils étés atteints, ou escomptés de la formation. Les participants exprimeront leur degré de Les théoriciens de L'apprentissage et de l'enseignement sont unanimes à reconnaître l'importance de l'évaluation.
- ✓ Satisfaction suite à l'atelier concernant les thèmes, le contenu, la présentation.
- ✓ Estimer les effets prévus, c'est-à-dire les résultats par objectifs convenus avec les soignants, mais aussi les effets imprévus ou indirects, c'est l'efficacité.
- ✓ Les participants pourront ou non nommer l'acquisition de nouvelles connaissances
- ✓ Les participants auront l'intention d'utiliser, voir de transmettre aux patients des connaissances
- ✓ Si la formation est opportune, si elle est adaptable et réactive au système, si elle n'est pas trop tardive

[11] Hadji C., Eduquer et former, Ed. Sciences Humaines, 1998

3. Evaluation des besoins des soignants/ Méthodologie

Fort des précédents constats, je présume que les soignants ne sont pas toujours conscients des besoins podologiques des patients d'autant plus que le risque vital n'est pas engagé. L'expérience montre que les soignants ne participent pas systématiquement à l'identification des besoins éducatifs « de type individuel » liés aux pieds des patients. Le public cible, en l'occurrence les soignants de première ligne, n'est pas demandeur de formation. De ce fait, J'ai opté pour une première action de recueil des besoins-sensibilisatrice en Novembre 2010, visant à faire « découvrir » ce qui n'est parfois même pas soupçonné. Pour cela, je décide préalablement de recueillir les témoignages de trois de mes collègues infirmières (Annexe 3) qui sont mobiles sur les différentes unités. Cette démarche m'a permis de me représenter les besoins potentiels des soignants et de leurs éventuels besoins éducatifs avec l'intention de faire un premier état des lieux des connaissances. Mon objectif est d'organiser mon questionnement, d'identifier les différents paramètres observables, de garantir la pertinence des questions auprès des soignants. Cette démarche m'a permis d'avoir une vision plus éclairée en vue d'élaborer un recueil de données pertinent. En préambule j'ai pris l'option de mener des entretiens à caractère informel avec les soignants de l'équipe de remplacement en vue d'explorer les besoins potentiels qui me permettront d'élaborer le questionnaire. Partant de l'idée que l'éducation du patient n'est pas seulement un apprentissage, puisqu'elle en est aussi la préparation, Redman (1984) utilise la notion de « Readiness to learn » (état de préparation à apprendre) et la pose comme condition à la définition d'objectifs réalistes. Je réfléchis au fait de relancer la sensibilisation du pied et principalement du « pied dit à risque » auprès des soignants pour mettre le pied en tête des soignants sachant qu'il n'est pas ou rarement la priorité du patient .
Pour construire le questionnaire je me suis basée sur une synthèse des entretiens de mes collègues, d'une revue de la littérature podologique, des objectifs du projet et du recueil de données tout en ayant le souci de ne pas stigmatiser les soignants. De plus le cadre de proximité avait exprimé son désir que le questionnaire soit non jugeant. Celui-ci accepte spontanément et gracieusement que j'intervienne dans son service trouvant l'offre intéressante

Le questionnaire « Bons réflexes soignants – Bons pieds patients » (Annexe 4), se compose d'une première partie expliquant brièvement la démarche. Une enveloppe où figure le nom de chaque soignant leur a été remis en main propre afin de commencer l'action de sensibilisation[12].
L'enveloppe de récolte des questionnaires a été laissée dix jours dans le bureau des soignants le plus en vue possible en plus de l'information qui leur a été donnée.
Le caractère anonyme du questionnaire a été garanti aux soignants : il est non-nominatif, seule la profession est demandée. Il se compose de sept questions motivationnelles relatives à l'ETP où le soignant pourra répondre du degré d'importance qu'il perçoit avoir et de l'action qu'il pense mener. Puis s'en suit une liste de termes au choix en lien avec la construction du projet. Une question ouverte portant sur les situations qui ont pu leur poser problème est mise à disposition.
J'ai testé ce questionnaire auprès des infirmières du « pool » en tenant compte de leurs avis pour effectuer certaines modifications.
J'ai présenté ce questionnaire à l'équipe lors du colloque journalier de début d'après-midi le Mardi 30 Novembre 2011. Il leur a été remis en main propre afin de favoriser la relation interpersonnelle et la relation de confiance. L'équipe est composée de vingt sept soignants. Je leur ai précisé que les réponses justes ne sont pas le but ultime de ce questionnaire. Une analyse des besoins éducatifs m'a été nécessaire à la définition des objectifs : elle m'a permis, entre autre, d'identifier les besoins des soignants ciblés et aussi de déterminer le niveau d'importance qu'ils accordent aux différents

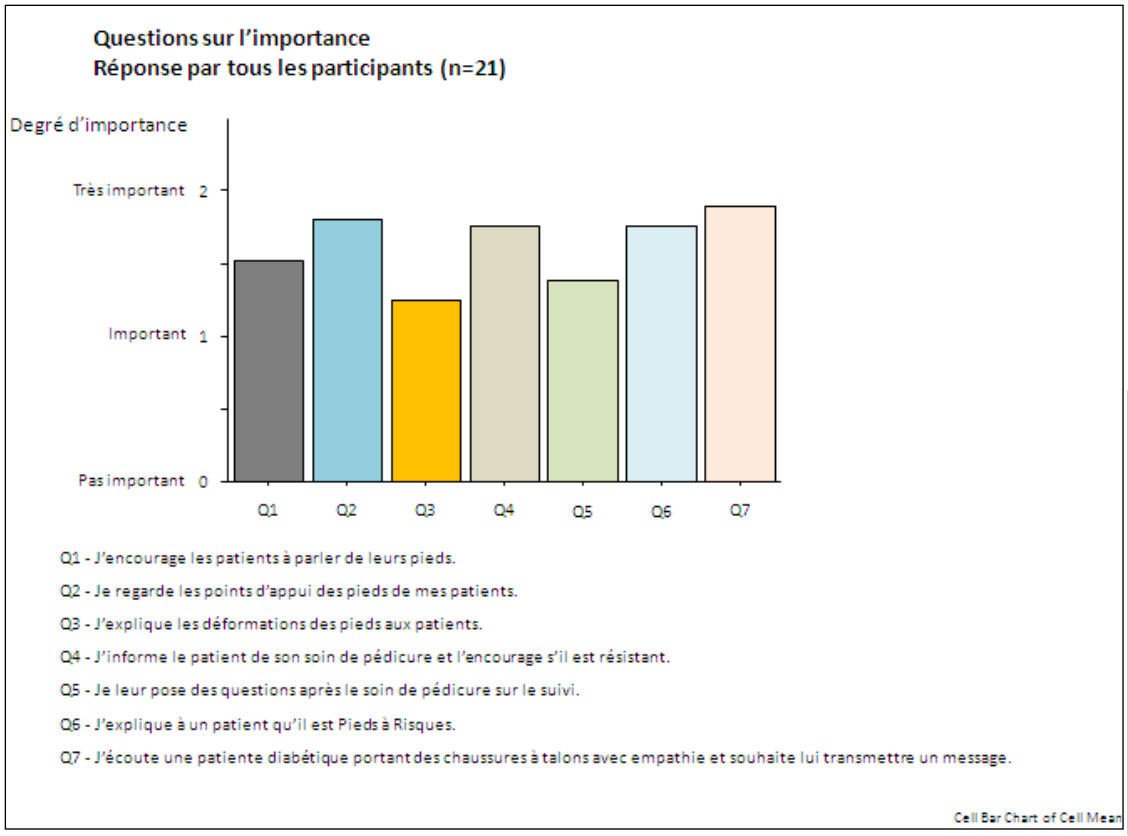
[12] Alain Deccache et Eric La Vendhomme, Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes, De Boeck, Université, Savoirs et santé, Bruxelles, 1989, p. 13, 239 pages.

paramètres de l'ETP tels que : intérêts, motivations, prédispositions à apprendre, relevés des comportements (mis sous l'intitulation action dans mon questionnaire).
Mon intention de départ est d'utiliser un outil de recueil de données qui permet d'atteindre tous les soignants, de les sensibiliser en y intégrant l'ensemble des données recueillies auprès des infirmières du « pool » (Annexe 4). Le choix questionnaire s'est imposé en raison du délai imparti car il permet de récolter un ensemble de réponses en un temps relativement rapide.
Je décide stratégiquement d'aller en chambre pour le soin de pédicure de certains patients, et en profite pour motiver les soignants présents à remplir le questionnaire.
De plus, j'envoie un message à l'IRUS cinq jours après en lui demandant également de motiver les soignants dans la mesure du possible. Vingt et un soignants sur vingt sept ont répondu au questionnaire.
Stratégiquement, il semblerait que le travail de proximité et de motivation avec les acteurs principaux ait porté ses fruits. J'ai récupéré les 21 questionnaires remplis le 10 Décembre 2011.

3.1 Recueil et analyse des besoins soignants

Dans un premier temps, je tiens à préciser que la question relative à la demande des professions ne fut que partiellement répondue et par conséquent fut inexploitable dans cette partie concernant l'analyse des besoins. Néanmoins, elle sera reprise et exploitable lors de la remise du questionnaire d'évaluation.

Graphique 1 :



Ces données nous renseignent sur le degré d'implication potentiel des soignants dans les soins podologiques. La classification des réponses selon un ordre croissant se traduit ainsi :
Q3< Q5 <Q1 <Q4≤Q6< Q2 <Q7

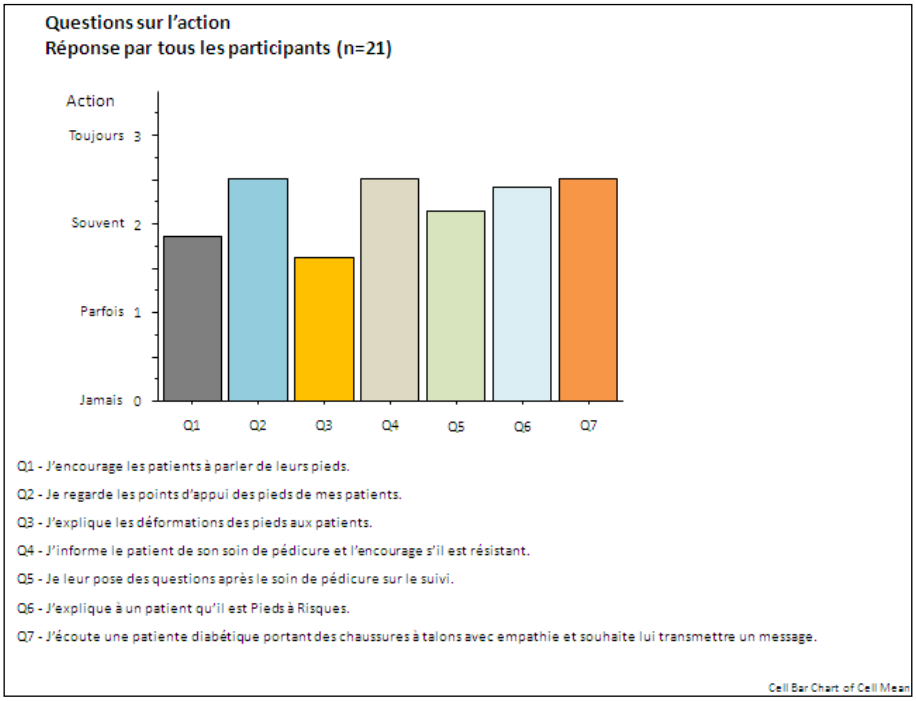
<u>Les trois points ressortis comme moins importants pour les soignants sont :</u>
- J'explique les déformations des pieds aux patients (Q3)
- Je leur pose des questions après le soin de pédicure sur le suivi (Q5)
- J'encourage les patients à parler de leurs pieds (Q1)

<u>Les points ressortis les plus importants pour les soignants sont :</u>
-J'informe le patient de son soin de pédicure et l'encourage s'il est résistant (Q4)
- J'explique au patient qu'il est Pieds à Risques (Q6)
- Je regarde les points d'appui des pieds de mes patients (Q2)

- J'écoute une patiente diabétique portant des chaussures à talons avec empathie et souhaite lui transmettre un message (Q7)

Toutes ces questions d'ETP, sont d'un degré d'importance équivalent. Il m'intéressait de savoir ce qu'en pensent les soignants, s'il considère que certaines soient plus importantes pour eux, et l'action qu'ils pensent mener en fonction de l'importance accordée.
Réponses sur l'importance (N=21)
Toutes les réponses atteignent au minimum le « *seuil important* ». L'écart des réponses se situe entre ce que les soignants estiment comme *importants* et ce qu'ils estiment comme *très importants*. Ce constat dénote que les connaissances podologiques sont partiellement acquises. De ce fait mon action va être orientée vers une phase de renforcement des compétences des soignants et plus particulièrement sur les trois éléments qui sont perçus comme moins important par les soignants.

Graphique 2 :



Ces données nous renseignent sur les actions que les soignants pensent mettre en œuvre pour s'investir dans l'amélioration des soins podologiques. La classification des réponses selon un ordre croissant se traduit ainsi :
Q3< Q1< Q5<Q6< Q7≤ Q4≤ Q2

Toutes les réponses des soignants (N=21) à ce sujet atteignent le *seuil* ***parfois***
<u>Les actions que les soignants pensent mettre en œuvre se situent entre parfois et souvent :</u>
- J'explique les déformations des pieds aux patients (Q3)
- J'encourage les patients à parler de leurs pieds (Q1)
- Je leur pose des questions après le soin de pédicure sur le suivre (Q5)
-J'explique au patient qu'il est Pieds à Risques (Q6)

T<u>rois points se situent entre souvent et toujours:</u>

- J'écoute une patiente diabétique portant des chaussures à talons avec empathie et souhaite lui transmettre un message (Q7)
- J'informe le patient de son soin de pédicure et l'encourage s'il est résistant (Q4)
- Je regarde les points d'appui des pieds de mes patients (Q2)

Il apparaît très clairement que le degré d'implication exprimé par les soignants est corrélé avec les actions qu'ils pensent mettre en œuvre pour s'investir dans l'amélioration des soins podologiques.
Prenons l'exemple de la phrase, « j'explique les déformations des pieds aux patients » : Le résultat est le plus bas en ce qui concerne l'importance que le soignant accorde à cet énoncé. Il en est de même de l'action que le soignant pense mettre en œuvre pour s'investir dans l'amélioration des soins podologiques. Le degré d'importance estimé par le soignant est en relation directe avec l'intensité de l'action qu'il se dit prêt à mener. Donc, plus le soignant considère que c'est important plus son action est intense.
D'où l'idée de renforcer ce qui est déjà important aux yeux des soignants et de donner de l'importance à ce qui ne semble pas ou moins les toucher.

Les réponses concernant les données socioprofessionnelles étant lacunaires, il n'est pas pertinent de faire une analyse croisée des données.

A la question « Pourriez-vous entourer trois termes (ou plus) qu'il vous plairait d'approfondir lors de l'atelier », les réponses des soignants ont été regroupées comme suit :

- ✓ Facteurs de plaies sur (12/21)
- ✓ Pied à Risque sur (8/21)
- ✓ Mycoses, Ongles incarnés, Déformations sur pour chaque terme (7/21)
- ✓ Pieds de la personne âgée sur (6/21), Chaussures5/21, Pulman 3/21, Orthèses 2/21

ou autres situations qui vous ont posées problèmes exemple : cor, perte de sensibilité, fissure, patient n'aimant pas les soins aux corps, semelle que dans une chaussure.
Situations problèmes exprimées par les soignants :

- ✓ La perte de sensibilité (6/21)
- ✓ Les patients n'aimant pas les soins aux corps (3/21)
- ✓ Coupe des ongles (1/21)
- ✓ Semelle que dans une chaussure (1/21)

Autres remarques exprimées par les soignants que j'ai retranscrites mot pour mot:
« Difficultés dans des services avec une forte prévalence des personnes très âgées, présentant souvent des troubles cognitifs à leur faire comprendre l'importance de porter de bonnes chaussures. De plus, ces personnes ont parfois des difficultés financières ! Les personnes qui « déambulent » à longueur de temps, sans le moindre égard pour leurs pieds ! »

« Ne pas oublier le pied diabétique »

« Une meilleure connaissance est toujours mieux pour nous ! »

Toutes ses remarques devront être considérées pour favoriser une intervention conceptualisée.

Toutes ces réponses concordent avec les précédents constats et valident le fait que nous ne sommes plus dans une phase d'apprentissage initial mais dans une phase de renforcement, voir d'une re-sensibilisation des connaissances.

Préphase de la construction de la séance

Les trois principaux points à approfondir pourraient-être :

- J'encourage les patients à parler de leurs pieds
- J'explique les déformations des pieds aux patients
- Je leur pose des questions après le soin de pédicure sur le suivi

Les deux termes choisis à approfondir sont :

-Les facteurs de plaies
-Les Pieds à Risques

La situation la plus citée ayant pu poser problème est :

-la perte de sensibilité.

Pour faire suite à cette phase, j'ai négocié avec l'IRUS de l'unité ciblée « Arve-Rez » pour une rencontre avec l'équipe lors du colloque de début d'après-midi le 14.01.11, afin de leur faire un retour sur l'analyse de besoins identifiés et valider avec les soignants le contenu de l'intervention. Ce retour me paraît très important pour garder un sens réel à la démarche et respectueux vis-à-vis de l'équipe. Conscient d'être dans un renforcement de leurs connaissances, les soignants acceptent d'approfondir les thèmes leurs étant parus comme « moins importants ». Les six soignants présents au colloque ainsi que leur IRUS trouvent la démarche cohérente. L'approfondissement des deux thèmes les plus choisis (Les facteurs de plaies, les Pieds à risques) leur convient également puis, si le temps le permet, les situations ayant pu leur poser problèmes.

Je note que les soignants pensent expliquer « assez souvent » voir « souvent » le pied a risque au patient en trouvant que c'est important, néanmoins dans les thèmes principaux proposés à renforcer, « le pied à risque », est en deuxième position. S'agit-il peut-être d'une simple clarification du terme ?

3.2 Observation et constats faits auprès des patients lors du soin de pédicure

Dans l'intention d'obtenir un regard croisé entre les soignants et les soignés, il me semble important de recueillir quelques témoignages patients. Ce regroupement de données est proposé afin de renforcer l'approche des besoins centrée sur le patient. Trois témoignages ont étés recueillis. (Annexe 5)

Analyse des constats à travers les recueils de données concernant les patients Hypothèses éducatives décrivant les besoins potentiels du patient	Analyse des constats à travers les recueils de données patients concernant les soignants Hypothèses éducatives décrivant les besoins potentiels du soignant
Le pied peut-être perçu comme peu important	Les soignants ne regardent pas les pieds
Tendance à banaliser le pied si absence de douleur	Les soignants ne crèment pas les pieds
Pas de corrélation faite par le patient entre la chute et le chaussage	Ils ne m'ont pas parlé de mes pantoufles
Patient ayant des connaissances du pied est plus enclin à les mettre en pratique	Manque de prévention aux pieds
Ambivalence en ne mettant pas toujours en pratique les bons réflexes concernant ses pieds « j'ai les pieds secs, je ne me les crème pas »	Les soignants ne posent pas de questions au sujet du pied des patients
Manque de connaissances concernant le Pied à Risque	Les soignants ne préviennent pas les patients de leurs soins
Demande des explications sur le chaussage adapté	Les soignants ne reprennent pas systématiquement le soin de pédicure
Revaloriser le pied en l'intégrant au corps au même titre qu'un autre organe	

D'après les patients, les soignants ne sont pas systématiquement attentifs ni prévenant envers leurs pieds. Les soignants ne parlent pas suffisamment avec les patients de leurs pieds et n'explorent pas les éventuels besoins podologiques des patients ainsi que leurs besoins éducatifs potentiels et individuels. Néanmoins, le patient ne considère pas toujours son pied comme faisant parti de ses priorités et ne met pas quotidiennement en pratique les bons réflexes/attitudes podologiques. Le patient demande qu'on lui apporte des connaissances podologiques sur le pied à risque, l'absence de sensibilité, le chaussage, les pratiques podologiques réalisable au quotidien.
L'acquisition des compétences d'auto-soins et d'adaptation tout comme leur maintien sont fondés sur les besoins propres du patient. Ces acquisitions se développent au cours du temps grâce à l'Education Thérapeutique du Patient. Elles doivent être progressives, et tenir compte de l'expérience de la maladie et de sa gestion par le patient.

► Acquisition de compétences d'autosoins

L'ETP contribue à l'acquisition de compétences d'autosoins en lien avec la prise en charge de la maladie chronique, les besoins et les attentes du patient. Les autosoins[13] représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé, et qui consistent à :
-soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure ;
- adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement ;
- réaliser des gestes techniques et des soins ;
- mettre en œuvre des modifications de mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, etc.) ;
- prévenir des complications évitables ;
- faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
-et impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

► Acquisition de compétences d'adaptation

L'ETP s'appuie sur le vécu et l'expérience antérieure du patient, et prend en compte ses compétences d'adaptation (existantes, à mobiliser ou à acquérir).
Selon l'OMS[14], les compétences d'adaptation sont « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. »
Les compétences d'adaptation recouvrent les dimensions suivantes (qui font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales) :
- se connaître soi-même, avoir confiance en soi ;
- savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;
- développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;

---

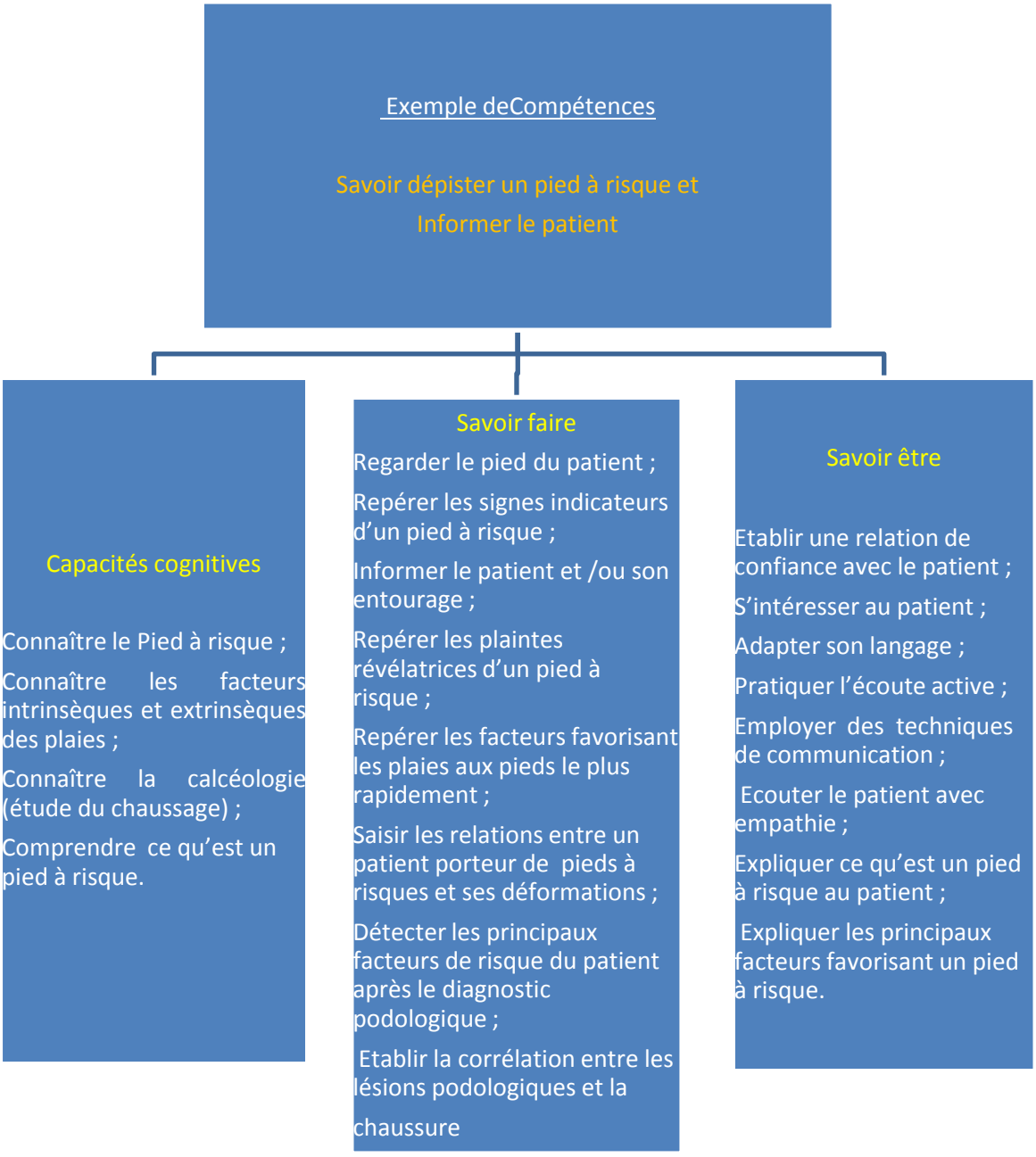
[13] *World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004.*

[14] World Health Organization. Skills for health. Geneva: WHO; 2003.Life skills are abilities for adaptive and positive behavior that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. Unparticular, life skills are a group of psychosocial competencies and interpersonal skills that help people make informed decisions, solve problems, think critically and creatively, communicate effectively, build healthy relationships, empathies with others, and cope with and manage their lives in a healthy and productive manner. Life skills may be directed toward personal actions or actions toward others, as well as toward actions
to change the surrounding environment to make it conducive to health.Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques
HAS – INPES/Juin 200711

- développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ;
- prendre des décisions et résoudre un problème ;
- se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- s'observer, s'évaluer et se renforcer.

Les compétences d'adaptation reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient. Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'auto soins.

3.3 Regards croisés détaillant l'intégration de savoirs hétérogènes podologiques du soignant à acquérir et/ou renforcer.


Exemple deCompétences
Savoir dépister un pied à risque et
Informer le patient
Capacités cognitives
Connaître le Pied à risque ;
Connaître les facteurs intrinsèques et extrinsèques des plaies ;
Connaître la calcéologie (étude du chaussage) ;
Comprendre ce qu'est un pied à risque.
Savoir faire
Regarder le pied du patient ;
Repérer les signes indicateurs d'un pied à risque ;
Informer le patient et /ou son entourage ;
Repérer les plaintes révélatrices d'un pied à risque ;
Repérer les facteurs favorisant les plaies aux pieds le plus rapidement ;
Saisir les relations entre un patient porteur de pieds à risques et ses déformations ;
Détecter les principaux facteurs de risque du patient après le diagnostic podologique ;
Etablir la corrélation entre les lésions podologiques et la
chaussure
Savoir être
Etablir une relation de confiance avec le patient ;
S'intéresser au patient ;
Adapter son langage ;
Pratiquer l'écoute active ;
Employer des techniques de communication ;
Ecouter le patient avec empathie ;
Expliquer ce qu'est un pied à risque au patient ;
Expliquer les principaux facteurs favorisant un pied à risque.

4. Hypothèse

L'hypothèse de cette recherche action est que cette expérience de partage de connaissances podologiques avec les soignants correspond à leurs besoins spécifiques. Ainsi elle devrait permettre de renforcer et/ou de réactiver leurs connaissances afin de favoriser la capacité éducative des soignants auprès des patients à risque podologique.

4.1Connaissances sous-tendant le choix de l'hypothèse

La prévention a fait preuve de son efficacité sur la réduction du nombre et de la gravité des lésions et sur les conséquences qui en découlent (souffrance psychologique, coût social et financier, amputations, hospitalisations, etc.). Cette dernière repose sur la contradiction d'effectuer la prévention constante des lésions des pieds souvent chez des personnes lourdement handicapées, alitées, éventuellement en fauteuil roulant. A ce type de patients qui représente la majorité à l'hôpital de Loëx, l'approche « directe » par l'enseignement du patient (favoriser la démarche éducative du soignant) ne s'applique que partiellement. Une des raisons pensées est que les patients sont en grande majorité atteints d'une détérioration de leurs fonctions cognitives liées aux pathologies de bases très complexes. Ainsi, nous devons mettre l'accent sur la pertinence et la finesse du regard des soignants. Ces derniers doivent intégrer une évaluation/réévaluation régulière des pieds de leurs patients. Une formation continue tant des soignants que des patients est la base du bon fonctionnement de cette prévention. La composition des équipes de soignants de l'hôpital de Loëx, ayant été contrainte à la mobilité lors des changements rapides et successifs entre 2004 et 2011 a changé de statut et de mission. Il est donc souhaitable de faire un état des lieux pré-requis des connaissances podologiques des soignants afin de proposer une offre de formation adéquate et actualisée.

La mise en évidence d'un risque podologique élevé chez un patient avec une neuropathie sous-jacente impose une prise en charge pluridisciplinaire et interdisciplinaire impliquant médecins, infirmières, aides-soignants, orthopédistes, podologues. Cette prise en charge doit permettre au patient ou a son entourage d'acquérir les compétences nécessaires pour prévenir la survenue d'ulcération cutanée, qui seul peut prévenir l'aggravation rapide d'une lésion et le recours à l'amputation.

4.2 Comprendre les étapes du changement

L'adulte, ici le public est souvent porteur d'un projet de changement auquel la formation doit pouvoir répondre rapidement, si ce n'est pas immédiatement (Michel Berclaz, 1991). Lorsqu'il s'agit d'acquérir des connaissances d'ordre professionnel, externes, voire « utilitaires », cela nécessite, de la part du formateur, la maîtrise d'un autre répertoire d'approches, et d'outils méthodologiques. Ces approches cherchent à renforcer chez les participants la capacité à lire leur environnement, à interpréter et à agir.

Elles reposent sur une forte capitalisation des savoirs d'expérience dans une perspective de réflexion sur l'action, dans l'action et pour l'action.

Comme cette recherche est l'introduction d'une innovation dans l'équipe, afin de garantir le maximum de succès à ce changement il est important que cette étape se fasse avec l'équipe, et soit stratégiquement planifiée. Il est essentiel de tenir compte de l'opinion de l'équipe avant toute intervention.

Je me suis inspiré de Ch. KIESLER s'inscrivant dans le cadre de la conception technologique du changement et qui met en avant le fait que lorsque l'on veut obtenir d'un individu qu'il modifie ses idées, ou change son comportement, il est préférable d'opter pour une stratégie dite « comportementale », qui consiste à obtenir de cet individu des comportements préparatoires à ce changement, plutôt que d'adopter une stratégie reposant sur la persuasion qui correspond à la conception rhétorique du changement.

Ch. KIESLER (1971), à l'origine de la théorie de l'engagement, définit quant à lui l'engagement comme « **un lien qui unit un individu à ses actes** ». Dans « *le petit traité de la manipulation à l'usage des honnêtes gens* », JOULE & BEAUVOIS, donne quant à eux la définition suivante : **« L'engagement d'un individu dans un acte correspond au degré auquel il peut s'assimiler à cet acte ».** Dans ces deux dernières définitions on peut entendre plusieurs choses, qui nous semblent primordiales :

- seuls les actes sont engageants;
- l'individu peut être engagé à des degrés divers ;
- Cet engagement sera plus fort dans une condition de « libre décision », ou liberté de choix ;
- -Cet engagement sera faible dans une condition contraignante, ou un rapport de soumission forcée;
- Ces actes ont des effets sur les éléments du domaine cognitif (tels que les croyances, les valeurs, les normes et donc ont une influence sur les représentations) mais également sur les comportements ou attitudes;

4.3 Caractéristiques de l'apprentissage de l'Adulte

L'Adulte présente plusieurs caractéristiques qui peuvent influencer son apprentissage.
En structurant un apprentissage nous devons prendre en compte ses caractéristiques. J'en ai privilégié celles qui me paraissent les plus pertinentes dans le cadre de cette démarche.

SAVOIR
L'apprenant adulte possède des expériences personnelles et professionnelles qui le différencient des autres apprenants.
Il poursuit des objectifs immédiats et désire appliquer rapidement ses acquisitions dans un milieu de travail
Il apprend mieux si l'apprentissage est relié à sa vie et tient compte de ses expériences antérieures….

SAVOIR FAIRE
Il doit apprendre à apprendre, c'est-à-dire prendre conscience du « comment il apprend »
Il est conscient des conséquences pratiques de ses apprentissages car il doit appliquer les solutions sur le terrain
Il fonctionne mieux dans une situation d'apprentissage s'il a un sentiment d'appartenance au groupe

SAVOIR ÊTRE
Il accepte moins bien de changer des concepts qu'il considérait adéquats dans le passé. Aussi a-t-il tendance à rechercher des gratifications sur ses comportements auprès de son entourage.
Il vit des périodes qui l'amènent à s'adapter à des changements, à modifier ses rôles sociaux et à faire des choix importants.

ENSEIGNER, selon Claudine BRAISSANT[15], *c'est donner les moyens d'apprendre, avec l'intention d'inciter celui qui reçoit l'enseignement à apprendre, c'est-à-dire acquérir un nouveau savoir, un*

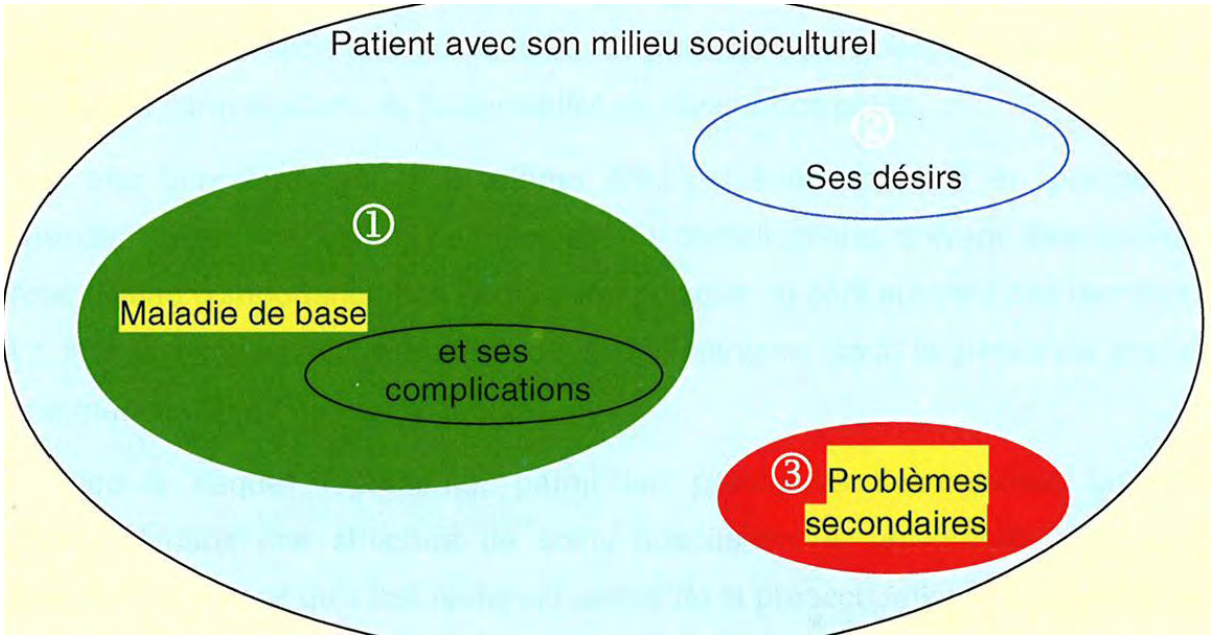
[15] BRAISSANT Claudine : Soigner, c'est aussi informer et enseigner Ed. Centurion « Infirmières d'aujourd'hui »1990, Paris. pp.21

nouveau savoir-faire, un nouveau savoir-être, à acquérir de nouvelles connaissances, de nouvelles compétences, à changer sa manière de se comporter.

4.4 L'impact du « milieu » hospitalier spécifique sur des activités « paraprimaires ».

La prise en charge de chaque individu est très complexe. Cette complexité peut être à l'origine de l'installation de certains stéréotypes dans l'approche des soignants. La grande majorité des personnes admises à L'Hôpital de Loëx est porteuse de douleurs chroniques, souvent diffuses et difficiles à soulager. Ces mêmes personnes souffrent également, et en majorité, de troubles neurologiques liés à la pathologie de base ou à des comorbidités.

Figure 1 : Les différentes préoccupations des soignants dans la prise en charge multidimensionnelle du patient



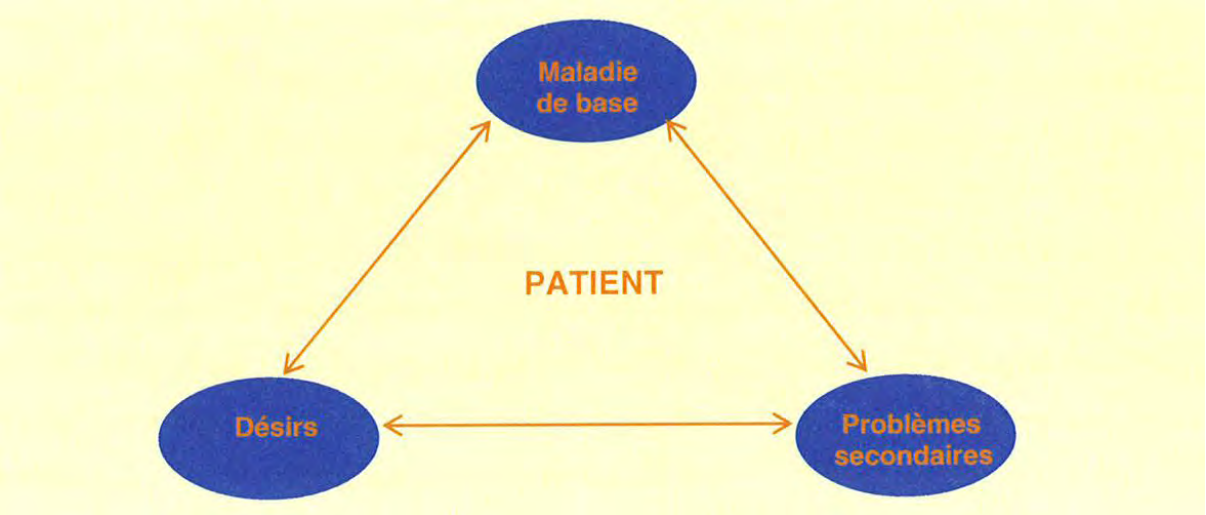
L'atteinte sensorielle fait partie de ces dernières.

Nous pourrions définir les activités des soignants liées aux problèmes secondaires comme des activités « paraprimaires ». Elles ne sont pas primaires car elles ne font pas partie de la liste des diagnostics principaux pour lesquels le malade est adressé. Le terme « para » veut dire qu'elles sont souvent vues mais avec une autre optique et dans un niveau différent. En réalité, il s'agit de problèmes perçus par les soignants amis auxquels ils n'apportent pas suffisamment d'attention. Selon le schéma, tout autre problème rentre dans le processus de réflexion des soignants dans un second plan par rapport au diagnostic principal (maladie de base liée au motif d'admission).parmi ces problèmes que nous pourrions définir comme comorbidités, figure également la neuropathie des membres inférieurs.

L'approche multidimensionnelle doit cependant permettre aux soignants de se décentrer d'un seul problème (maladie de base ou motif d'hospitalisation) et d'avoir une vision large. Dans ce cadre, un des éléments fondamentaux repose sur la liaison des pathologies neurologiques fréquemment présentes chez nos patients et leur conséquence qui est l'atteinte sensorielle. Cependant, la compétence des soignants dans ce domaine existe mais elle reste rattachée au diagnostic principal.

Admettons que le patient vient d'être hospitalisé pour des questions liées à son diabète (bilan, équilibrage du traitement, enseignement, etc.), les soignants vont considérer le diabète avec toutes ses complications comme un problème principal (maladie de base). Dans ce cas, l'atteinte sensorielle fera partie intégrale de la prise en charge de l'ensemble de la problématique du malade diabétique et figurera au premier plan dans la réflexion et la préoccupation des soignants.
Dans le cas d'un patient chez lequel l'atteinte de la sensibilité n'est pas en lien direct avec la maladie pour laquelle il vient d'être hospitalisé, la diminution de la sensibilité des membres inférieurs avec les complications qui en découlent potentiellement figurera parmi les problèmes secondaires. Exemple : les soignants vont accorder beaucoup plus d'attention au soulagement de la douleur chez un patient avec un cancer avancé que sur la mise en pratique des moyens de prévention afin d'éviter des complications de l'insensibilité au niveau des pieds.
Il y très important que le problème principal soit considéré en premier lieu. Cependant, toutes les autres pathologies ou complications doivent-être prises au même niveau d'importance dès l'admission puisque ce sont souvent ces derniers qui vont être à l'origine d'une souffrance supplémentaire pour la personne porteuse d'une maladie déjà très handicapante.
Le « pied à risque » représente, parmi les problèmes secondaires, un risque transversal dans une structure de soins hospitaliers et universitaires de longue durée. Il n'est pas dit qu'il doit rester au centre de la préoccupation des équipes, mais il doit néanmoins faire partie d'une approche intégrée systématique.

Figure 2 : Approche intégrant la maladie de base, différents problèmes secondaires (potentiellement graves) et désirs du patient.



Une des explications repose sur un phénomène bien connu et qui est lié à notre identité professionnelle : le soignant (infirmier-ère, aide-soignant-e, médecin…) se centre sur le problème le plus « visible » et qui est lié avec le motif d'hospitalisation. Nous pourrions aussi voir ce problème comme le plus aigu. Et sommes pleinement, même si cela peut paraître paradoxal dans un hôpital chronique, dans le modèle de médecine aiguë.

II.INNOVATION/ ACTION/ STRATEGIE GENERALE

L'innovation dans ce cas de figure suppose une rupture avec mon fonctionnement habituel de podologue dans cette institution. Jusqu'ici je me contentais de répondre aux demandes de prise en soins des patients, de manière cloisonnée, par l'intermédiaire des soignants sans aucun partage de connaissances. Le changement va consister à rencontrer d'autres praticiens pouvant s'investir en amont dans l'amélioration de la qualité des soins aux patients porteurs de pieds à risques. Afin de modifier la seule image de praticienne de podologie, je décide de m'investir auprès de mes collègues soignants, de développer mon identité de professionnelle soignante en véritable expérience de partage de connaissances avec les soignants. L'idée d'offrir la formation aux soignants travaillant dans une unité de fin de traitement a émergé lors d'une situation de soins d'un patient porteur d'un « pied à risques » amputé antérieurement de la jambe droite et présentant un durillon pulpaire infecté diagnostiqué lors du soin de pédicure en Décembre 2010. Le médecin, les soignants de l'unité et moi-même avons travaillé en collaboration étroite pour évaluer la situation, l'analyser et offrir des interventions adaptées. Le médecin trouva cette collaboration en parfaite adéquation avec sa définition de l'interdisciplinarité ! D'où, la naissance de mon projet.

1. Description/objectifs de l'innovation

Il va s'agir de la mise en place d'une première formation sous forme d'Atelier à l' intention des aides-soignant(e)s et infirmier(ère)s du service de l'Arve–Rez, qui souhaitent y participer. A partir des besoins en formation perçus par le concepteur de l'innovation, ici la pédicure-podologue, ceux exprimées par les participants potentiels (recueils, observations et analyses des besoins des soignants-soignés), les compétences professionnelles attendues, un contenu de formation sera élaboré selon la méthode d'accompagnement décrite ci-dessus.

La mise en place de cette innovation se veut dynamique. L'élaboration du contenu d'enseignements résultera de l'analyse des besoins en formation préalablement identifiés et des apports des différents acteurs à différentes étapes du processus d'introduction de l'innovation. Les interventions auront lieu les Mardi 25 janvier et Vendredi 28 Janvier 2011. Elles auront une durée d'une heure chacune.

Le but général de cette formation est de re-sensibiliser, renforcer les connaissances podologiques des soignants afin de les rendre le plus sensible aux différentes facettes de l'ETP.

2. Les objectifs du projet = résultats attendus

L'objectif de cette innovation est de permettre aux futurs participants de :

- ✓ dresser un bilan initial de leurs points forts et leurs points d'effort ;
- ✓ renforcer leurs connaissances podologiques, notamment celles identifiées comme des points d'efforts lors de l'analyse des besoins soignants ;
- ✓ donner aux soignants quelques clés pour transmettre des connaissances podologiques au patient ;

Objectifs spécifiques

- ✓ transmettre aux participants l'envie d'apprendre et de maintenir leurs compétences à jour dans le domaine de la podologie ;
- ✓ reconnaître et expliquer le pied à risque aux patients et/ou à son entourage ;
- ✓ connaître les différents facteurs de plaies intrinsèques et extrinsèques ;
- ✓ expliquer les déformations les plus souvent retrouvées chez les patients à L'hôpital de Loëx ;
- ✓ acquérir un langage commun ;
- ✓ être capable d'encourager le patient à parler de ses pieds ;
- ✓ poser des questions au patient après le soin de pédicure ;
- ✓ susciter la réflexion et le questionnement sur des situations vécues ;
- ✓ privilégier une traçabilité dans le dossier patient en lien avec le pied à risque ;
- ✓ redonner la vision globale de la prise en charge du pied du point de vue podologique.

Ressources à l'atteinte des objectifs formulés

- ✓ Appui, disponibilité et conseils du cadre de proximité qui ont permis d'offrir un espace protégé aux participants favorable à l'apprentissage;
- ✓ Adhésion des soignants, climat propice aux changements ;
- ✓ Les soignants sont chaleureux, communicatifs, posent des questions, sont curieux, ouvert à une démarche de construction ;
- ✓ Bonne maitrise du contenu d'enseignement.

Sources potentielles de résistance à l'innovation

- ✓ Risque de surcharge de travail – sollicitations multiples des soignants pour différents projets institutionnels ;
- ✓ Risque de se sentir menacé par le rejet de leurs attitudes et croyances antérieures ;
- ✓ Risque de méfiance induit par l'outil, le questionnaire (2x) ;
- ✓ Risque d'ajouter de la surcharge cognitive

3. Planifier le dispositif d'évaluation/critères/objectifs

Pour établir la grille d'évaluation, je me suis basée principalement sur le modèle de Kirkpatrick qui comporte quatre niveaux. Le premier niveau identifie les réactions des participants à la formation et leur degré de satisfaction. Le second niveau mesure l'apprentissage des utilisateurs, qui est validé par un changement dans les attitudes, l'accroissement des connaissances et les compétences accrues. Le troisième niveau s'attarde aux changements dans le comportement des individus à la suite de la formation, c'est l'évaluation du niveau de transfert et finalement, le quatrième niveau a pour but de mesurer les résultats finaux (j'irais seulement jusqu'au troisième niveau). L'évaluation sera donnée juste après la formation, une enveloppe intitulée « Bons réflexes soignants- Bons Pieds Patients » restera quelques jours dans le service afin d'obtenir l'ensemble des réponses des deux groupes. Le choix du questionnaire d'évaluation est relatif au fait d'obtenir l'ensemble de réponses des groupes rapidement. Le questionnaire d'évaluation est destiné uniquement aux soignants présents aux ateliers. Une des limites du questionnaire est que le participant affiche son intention sans avoir de garantie sur la faisabilité du transfert sur le terrain.

Objectifs de l'évaluation

L'évaluation s'inscrit dans le processus de formation et de développement des participants. Elle doit permettre aux participants :

- ✓ De développer des capacités d'auto évaluation (de leur progression)
- ✓ De vérifier les possibilités de mise en application des connaissances acquises.

Le questionnaire (Annexe 6) à but d'évaluation sera préalablement testé par les infirmières qui sont mobiles dans les différentes unités de soins de l'hôpital de Loëx.

4. Elaboration des stratégies d'actions adaptées au public

Dans le contexte de remédiation de ce travail et le temps disponible, la réalisation se traduira par deux interventions sous forme d'ateliers, ayant lieu la même semaine, et, composées de deux groupes de soignants différents de l'unité de soins choisie après négociation avec les acteurs concernés. La planification s'est établie en concertation avec l'IRUS du service. Les futurs participants ont étés associés à la définition des objectifs du projet lors du compte rendu de l'analyse de leurs besoins. A cette occasion, une "définition groupale" de l'enjeu clinique de cette formation s'est imposée. La nécessité de faire évoluer les pratiques aussi bien les concernant que me concernant a été bien mise en évidence et comprise par les acteurs. Les participants ont donné leur accord de principe pour participer à la formation. Les deux groupes réuniront onze participants en totalité. La première intervention sera composée de six membres de l'équipe et la deuxième de cinq membres réunissant aides-soignants et infirmiers.

Dans un souci de cohérence entre les buts visés par la formation, le public cible, le temps à disposition, et les contraintes du contexte d'intervention, j'ai pris l'option d'élaborer une présentation PowerPoint en accord avec l'équipe intitulée « l'atelier Pieds à Risques à l'intention des soignants de l'Arve-Rez». Le public auquel s'adressera cette formation est constitué d'infirmier(ère)s et d'aides-soignant(e)s. La majorité des soignants ont plus de dix ans d'expérience professionnelle selon les données recueillies par le biais du questionnaire d'évaluation. Les soignants concernés ont acquis dans leur formation initiale des connaissances sur les facteurs de risques cardio-vasculaires, neurologiques, artériopathiques sans être forcément sensibilisés à la thématique des « pieds à risque ». Ce qui explique le peu de mobilisation des connaissances en situation face aux patients porteurs de pieds à risques. Ce besoin d'apprentissage avait été mis en évidence par Dr Pataky (2006 p.16).

Dans le cadre de mon intervention, j'affiche mon intention et le souci de tenir compte des besoins spécifiques des soignants, ce qui revient à renforcer et/où à réactiver leurs connaissances afin de favoriser leur capacité à entreprendre une démarche éducative auprès des patients à risque podologique.

Pour y parvenir j'ai répertorié les messages clés qui me paraissent importants à transmettre aux soignants. Je débuterai mon intervention par des questions sous forme de "brainstorming" en vue de faire émerger les représentations des participants et d'identifier les connaissances préalables qu'ils ont de la notion de pieds à risque. Cette stratégie vise à valoriser les savoirs expérientiels des soins podologiques des participants. L'intention implicite est de faire prendre conscience aux participants de leurs connaissances déjà existantes en vue de les mobiliser en situation face aux patients nécessitant un enseignement ou un soin.

Un des objectifs visé est que l'apport de connaissances plus spécifiques amènera le participant à identifier ses besoins de progression et prendre la décision de l'améliorer. Dans un souci de transparence et de favoriser l'implication des participants, une présentation de l'état des lieux, des constats podologiques dans mon contexte professionnel ainsi que les données recueillies des patients sont communiqués aux participants. *L'intention est de vouloir être proche du modèle du « formateur-facilitateur » (Chalvin 2004), « d'un facilitateur de l'acquisition des connaissances et d'un catalyseur des aptitudes* ». Le but étant de créer une situation d'apprentissage motivante, favoriser l'interaction entre les participants.

Dès la première présentation, j'ai dû m'adapter aux imprévus en réalisant l'animation sur l'écran d'un ordinateur du service, le Beamer n'étant pas disponible. Cette expérience illustre bien l'idée de Jean-Pierre le Goff (2003) qui suppose de prendre en compte et combiner habilement différentes réalités et différentes contraintes dans une logique d'action.

4.1 Stratégies projetées, limites et intérêts de l'intervention sous forme d'atelier audiovisuel

Les stratégies constitueront à:

- ✓ m'appuyer sur les acquis préalables des participants;
- ✓ partir de ce que les participants savent déjà, permettre aux participants de réfléchir à leurs pratiques, valoriser leur savoir d'expérience;
- ✓ prendre en compte les attentes et les difficultés lors des interactions,
- ✓ être attentif aux interrogations et aux réactions des participants en vue d'apporter les réajustements nécessaires;
- ✓ privilégier les interactions;
- ✓ Echanger sur le rôle et sur les pratiques;
- ✓ Veiller à ce que les participants ne se sentent pas disqualifiés (…)

Cette stratégie, que j'estime être peu coûteuse pour tous, m'offre la possibilité de m'adresser au public concerné rapidement face au temps dont je dispose. L'intérêt de l'intervention sous forme d'atelier audiovisuel est que l'auditeur peut se représenter ce qui est enseigné. Martin et Savary (1999) pensent à juste titre que cette méthode donne des résultats à condition que l'apprenant ait d'entrée de jeu un fort désir d'apprendre. Le fait que les participants soient volontaires dans ce cas de figure peut être un facteur justifiant le choix de cette stratégie.

- ➢ A ce stade de la réflexion, je constate qu'une des limites de mon travail est le manque de rigueur méthodologique et de précision dans l'élaboration des questions qui m'aurait permis de mieux cibler le niveau des connaissances et l'intérêt des participants sur le "pied à risque". Il aurait été judicieux que je pose les questions de ce type: " Etes –vous confronté(e) dans votre pratique aux patients porteurs de pieds à risque?", « Avez-vous eu l'occasion d'acquérir des notions sur le pied à risques, si oui dans quel contexte? » ou « quels sont vos besoins pour vous sentir apte à identifier un patient présentant un pied à risque ? » « Estimez-vous utile d'avoir des apports de connaissances sur le pied à risque? » (…)
- ➢ Une autre limite de ce travail concerne le questionnaire comme outil de recueil de données qui n'est pas idéal pour identifier les représentations des participants sur le pied à risque avant l'action de formation ;

- ➢ Une autre limite concerne l'intervention sous forme d'atelier audiovisuel qui exige une forte capacité de concentration et d'écoute de la part des participants. L'écoute suppose une activité mentale permanente pour qu'il y ait mémorisation du contenu. Les heures des interventions étant fixées en début d'après-midi il est nécessaire de prendre en considération les risques de fatigue, de baisse de concentration voire d'inattention malgré les stratégies diversifiées d'animation. De plus le fait d'intervenir sous forme d'exposé présente le risque de limiter les interactions notamment entre les acteurs.

Une autre limite de mon travail est qu'il aurait pu déboucher sur l'élaboration d'un arbre décisionnel.

4.2 Contenu de l'intervention

Cet aspect concerne le déroulement et des éléments constitutifs de l'intervention.
Je débuterai l'intervention par l'accueil des participants, les présentations réciproques suivies du déroulement de la séance et du développement des compétences visées.
Pour débuter l'animation, je me suis adressée au groupe à travers deux questions ouvertes telles que : "Qu'évoque pour vous la notion de « pied à risque », « Quel est selon vous l'intérêt d'identifier rapidement un patient porteur d'un Pied à risque ? ». Le but étant de solliciter la participation active des apprenants, de déclencher des attitudes participatives, de susciter un intérêt par la question et favoriser un début de langage commun.
L'animation de l'atelier sera enrichie d'apports théoriques sous forme d'exposé complémentaire aux savoirs d'expériences des participants qui sera illustré de nombreuses images de pieds à risque. Ne seront évoqué que les notions essentielles, les notions noyaux (Meirieu 1987) en rapport avec le choix des thèmes à traiter. De préférence l'intervention se voudra rythmée par des exemples, des anecdotes (les leurs et les miennes), du temps accordé aux questions afin de susciter le maximum d'interactions avec les participants.
Des interventions soignantes réalisables auprès de patients porteurs de pieds à risque, tenant compte des besoins de connaissances identifiés, seront rappelées.
La notion importante de l'ETP qui concerne les facteurs d'écoute et de compréhension en regard des besoins éducatifs identifiés sera le fil conducteur de l'exposé. L'intention est d'amener le fait que pour établir une relation thérapeutique avec le patient atteint pour la plupart d'une maladie chronique, il est nécessaire de faire preuve d'une certaine qualité d'attention et pas seulement d'une quantité de temps. L'apport de connaissances données sur le pied à risque neuropathique et/ou artériopathique reprendra des témoignages de paroles patients ainsi que des exemples de l'univers culturel des apprenants. Je parlerai également de l'évolution théorique podologique au fil du temps sous l'influence de différents facteurs (prise en charge approfondie et pluridisciplinaire dans les maladies chroniques, nouveaux traitement podologiques,…) afin d'expliquer et montrer mes apprentissages.
Les cartes imagées présentées aux patients lors des soins de podologie utilisées comme support de langage, offrant un mode d'expression moins abstrait, seront évoquées et présentées concrètement. Des apports théoriques sur les facteurs intrinsèques et extrinsèques des plaies s'appuyant toujours sur des propos des patients seront réitérés. Il en est de même de la nécessité de l'utilisation d'un langage simple pour expliquer les déformations des pieds aux patients en privilégiant les situations prévalentes dans ce contexte de soins. Afin de sensibiliser les participants à l'amélioration des pratiques podologiques, j'insisterai sur l'importance à poser des questions au patient après le soin de podologie.
Pour finir sur une touche légère, une illustration d'un pied accompagnée d'une phrase philosophique qui est :

« Pour aborder ce sujet mieux vaut y aller sur la pointe des pieds !
A défaut d'avoir le pied marin,
Il faut surtout garder les pieds sur terre.
Et faire,
S'il le faut,
Des pieds et
Des mains
Pour ne jamais mettre un pied en enfer. » (Annexe7)

III. EVALUATION ET DISCUSSION

Une semaine après mon intervention auprès des deux groupes de soignants du service de L'Arve-Rez, les 100% des questionnaires d'évaluation m'ont été restitués le vendredi 4 Février 2011, ce qui signifie que les onze participants ont rempli le questionnaire d'évaluation.

Les participants ont également tous indiqués leurs professions et leurs nombres d'années d'expériences.

Public participant :

Sept infirmiers (ère)s « N= 7 »

Quatre aides-soignants(es) « N= 4 »

Tous ont plus de 45 ans.

Les groupes étaient mixtes et de nationalité différentes (Suisses, Français, Portugais, Amérique latine)

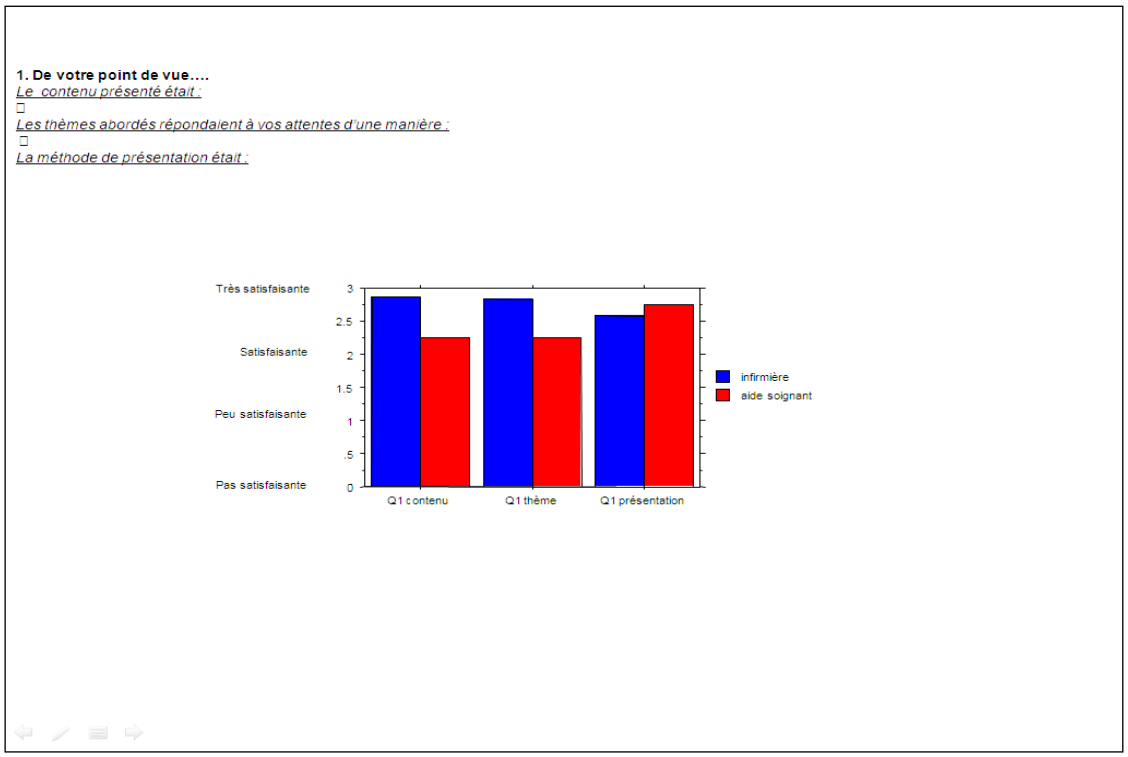
Concernant l'expérience professionnelle : 1 infirmières se situe entre 5 à 10 ans ; les 10 autres participants ont plus de 10 ans d'expérience.

Lors des ateliers, les soignants de ces deux groupes ont montré beaucoup d'intérêt pour la question du pied à risque. Ils n'ont pas hésité à demander des compléments d'informations ou des orientations sur des difficultés rencontrées dans leur contexte professionnel. J'ai ressenti une réelle dynamique de groupe. Je pense pouvoir dire que j'ai bénéficié d'un contexte privilégié dans la réalisation de cette innovation.

1. Présentation des résultats

Les résultats des différentes questions posées aux participants, en référence aux niveaux d'évaluation de Kirkpatrick, seront présentés séparément.

Question 1 : Concerne le degré de satisfaction par rapport au contenu, les thèmes abordés, la méthode de présentation



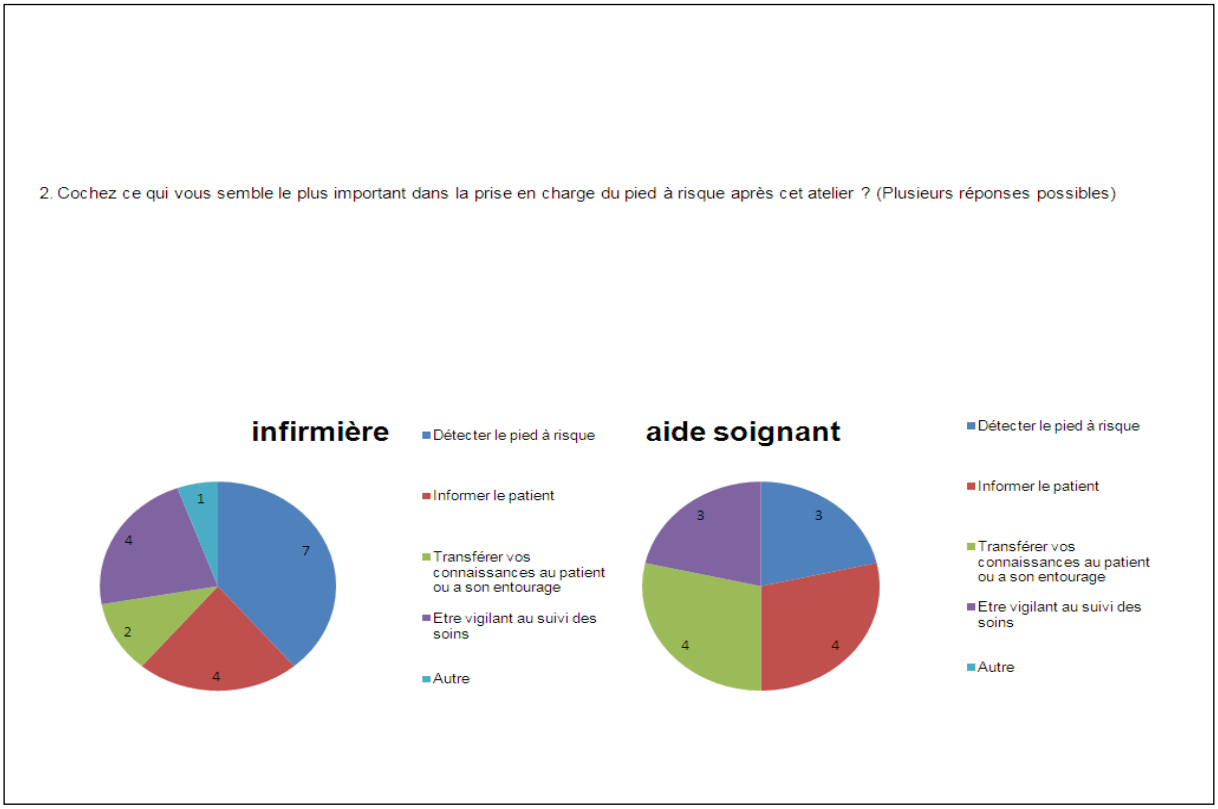
Nous sommes dans le premier niveau d'évaluation selon de modèle de Kirkpatrick, à savoir l'évaluation du degré de satisfaction des participants vis-à-vis du programme de formation et de leur perception. « Ont-ils aimé ? »

A la question posée aux participants explorant les trois aspects du niveau de satisfaction à savoir l'appréciation du contenu, l'adéquation entre les thèmes abordés et les attentes, la méthode de présentation, l'ensemble des réponses se situent entre satisfaisant et très satisfaisant. Le contenu et les thèmes abordés (Q1, Q2) ont été plus appréciés par les infirmiers alors que la présentation est légèrement plus appréciée par les aides-soignants (Q3)

Les réponses se situent entre satisfaisant et très satisfaisant.

Ce constat m'amène à penser que le fait d'avoir impliqué les soignants dès la pré-phase d'élaboration de l'innovation, en prenant en considération leurs avis ont eu un effet levier sur la motivation. Ce résultat nous permet d'apprécier l'intérêt des soignants du service de l'unité choisie concernant ce projet de formation sur le terrain.

Question 2 : Ce qui semble le plus important pour les participants dans la prise en charge du pied à risque après cet atelier



Nous sommes dans le niveau 2 de Kirpatrick concernant l'évaluation des apprentissages qui se situe au-delà de la simple satisfaction de l'apprenant car nous essayons de mesurer l'apprentissage (compétences, connaissances ou comportemental). Nous sommes plus dans une somme des connaissances et des comportements envisagés par les soignants à ce stade que dans les compétences emblématiques à acquérir.

A la question:« Cochez ce qui vous semble le plus important dans la prise en charge du pied à risque après cet atelier ? », les participants sont invités à choisir parmi plusieurs réponses possibles à savoir :

- ✓ Détecter le pied à risque ;
- ✓ Informer le patient ;
- ✓ Transférer vos connaissances au patient ou a son entourage ;
- ✓ Etre vigilant dans le suivi des soins ;
- ✓ Autre.

Cette question explore la chronologie des étapes que le soignant perçoit comme importante dans la prise en charge du patient porteur de pieds à risques après cet atelier.
Pour les infirmiers la priorité passe par la *détection du pied à risque* (7 infirmiers sur 7) qui selon celle-ci est diagnostiquée par le médecin en général. Les infirmiers s'en réfèrent aux données médicales du patient leur indiquant si un patient est porteur de pieds à risque ou s'il présente des risques potentiels. C'est à travers cette lecture (ex. patient ayant eu des ulcères, artériopathie des membres inférieurs, neuropathie des membres inférieurs, troubles de la mobilité…) que l'infirmier est mis en « alerte».
Pour d'autres cela passe par l'attitude préventive d'informer le patient (4 infirmier sur 7) et/où en le rendant conscient qu'il est « porteurs de pieds à risque ». Un des constats d'un infirmier relève l'importance de *prévenir les complications* dans la prise en charge du pied à risque!

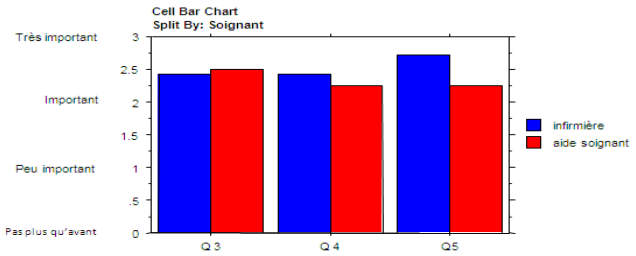
En effet même si le pied ne présente aucun signe apparent, il est essentiel que l'infirmier connaisse le diagnostic du patient qui est porteur de pieds à risque. Ainsi d'éventuelles complications pourront être évitées et permettront aux soignants d'acquérir les bons gestes et de bons réflexes. Lors de l'atelier nous avons discuté des termes pouvant aiguiller et orienter les infirmiers sur la reconnaissance du potentiel pied à risque à travers de la lecture de données patients. L'infirmier a aussi le rôle d'informer l'aide-soignant d'un patient soit porteur où présentant de potentiels facteurs de risques podologiques pour son futur. L'enseignement au patient fait partie du rôle de l'infirmier. Les aides-soignants estiment important le fait d'*informer le patient* (4 AS sur 4) et de *transférer leurs connaissances au patient ou à son entourage* (4 AS sur 4). L'aide-soignant s'assure que le patient soit informé qu'il est porteur de pieds à risques et que les connaissances soient transmises au patient ou à son entourage.
Il est capable de regarder, de suivre l'évolution des pieds à risque et de remonter l'information aux infirmiers si changement il y a. Ainsi, je décide de documenter pour tous patients ayant des pieds à risques détectés lors du soin de podologie, un formulaire de retour de soins aux soignants où figurera les facteurs identifiant le pied à risque, le traitement local appliqué, coupe d'ongles, kératoses, chaussures, où peut figurer par écrit le terme de pied à risque suivis de conseils avisés (Annexe 8).

Question 3, 4, 5 : Apprécier le degré d'importance que les soignants accordent aux interventions suivantes : Expliquer les déformations des pieds au patient, encourager les patients à parler de leur pied, leur parler du suivi du soin podologique

3. Vous semble t-il important d'expliquer les déformations au patient ?

4. Vous semble t-il important d'encourager les patients à parler de leurs pieds ?

5. Vous semble t-il important de leur parler du suivi du soin de podologie ?

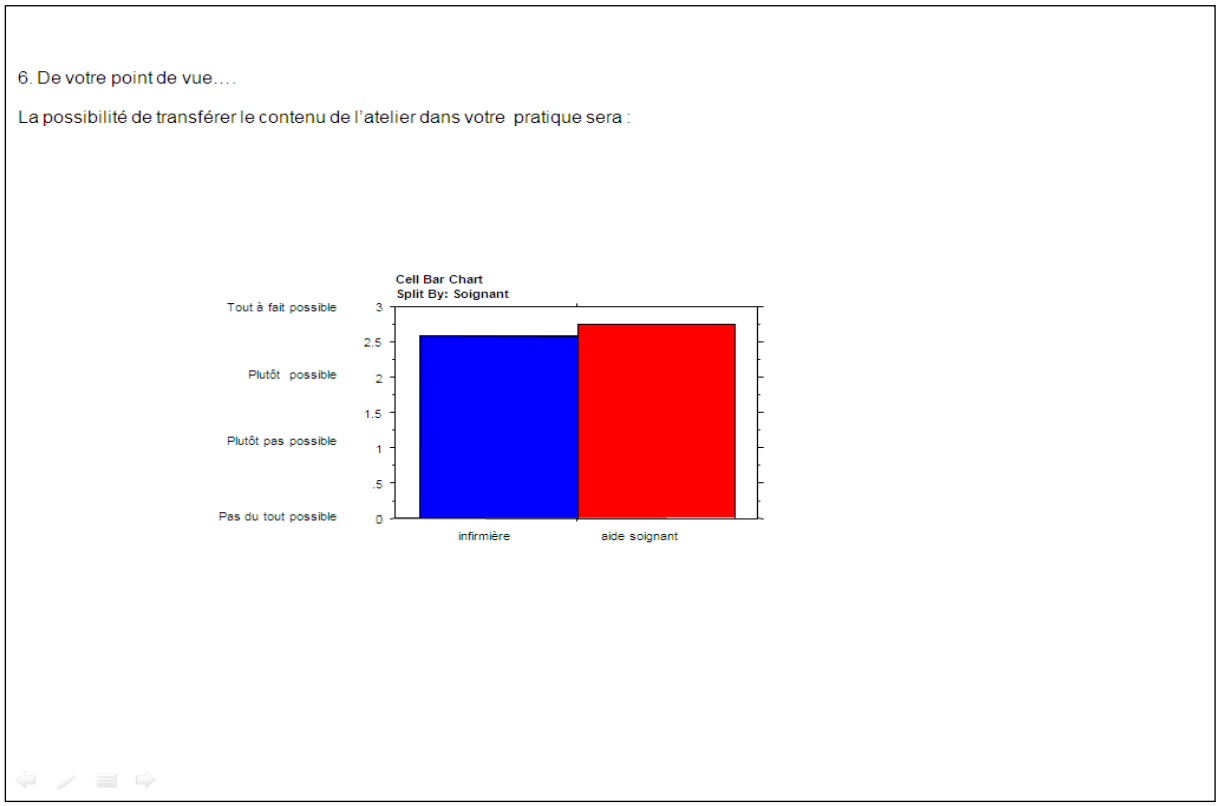


100% des soignants estiment que c'est important ou très important d'expliquer les déformations des pieds au patient, d'encourager les patients à parler de leur pied, de parler aux patients du suivi du soin podologique alors que ces trois énoncés étaient considérés comme « moins importants » par 100% des soignants ce qui amène à penser qu'il y a une progression voire un saut qualitatif des participants suite à la formation. L'écart entre la situation de départ et celle obtenue est encourageant. Ces questions reflètent la motivation des soignants à reconsidérer les importances accordées à certaine actions, à les accepter autrement dit « a changer leurs regards ».

Ces trois questions motivationnelles d'ETP, ont-été reconsidérées par les soignants. Lors de l'intervention ces points ont-été rediscuté et accepté comme pouvant faire partie des points d'efforts envisageables. Les attitudes des soignants vis-à-vis des patients porteurs de pieds à risque semblent avoir évolué à la lumière de ces résultats.

Le fait de renforcer ces notions d'implication et d'importance dans les pratiques soignantes peuvent favoriser une intentionnalité de changement vers l'amélioration des soins podologiques au patient.

Question 6 : Concerne la possibilité pour les soignants de transférer le contenu de l'atelier dans leurs pratiques



Nous sommes dans le niveau 3 de l'évaluation selon Kirkpatrick. C'est l'évaluation du niveau de transfert. C'est l'évaluation des changements d'ordre comportemental de l'apprenant suite à la formation, autrement dit la mise en œuvre des compétences nouvellement acquises. C'est essayer de répondre à la question suivante : « Est-ce que les nouveaux savoirs, compétences ou comportements acquis lors de la formation sont utilisés chaque jour dans l'environnement de travail de l'apprenant ? » ce qui justifie la question sur la possibilité de transfert. L' échelle de réponses était comprise entre « pas du tout possible, plutôt pas possible, plutôt possible, tout à fait possible».

Les réponses des aides-soignants et des infirmiers se situent entre plutôt possible et tout à fait possible. Ce score est encourageant car les soignants estiment être capables de transférer leurs connaissances dans leurs pratiques au quotidien.

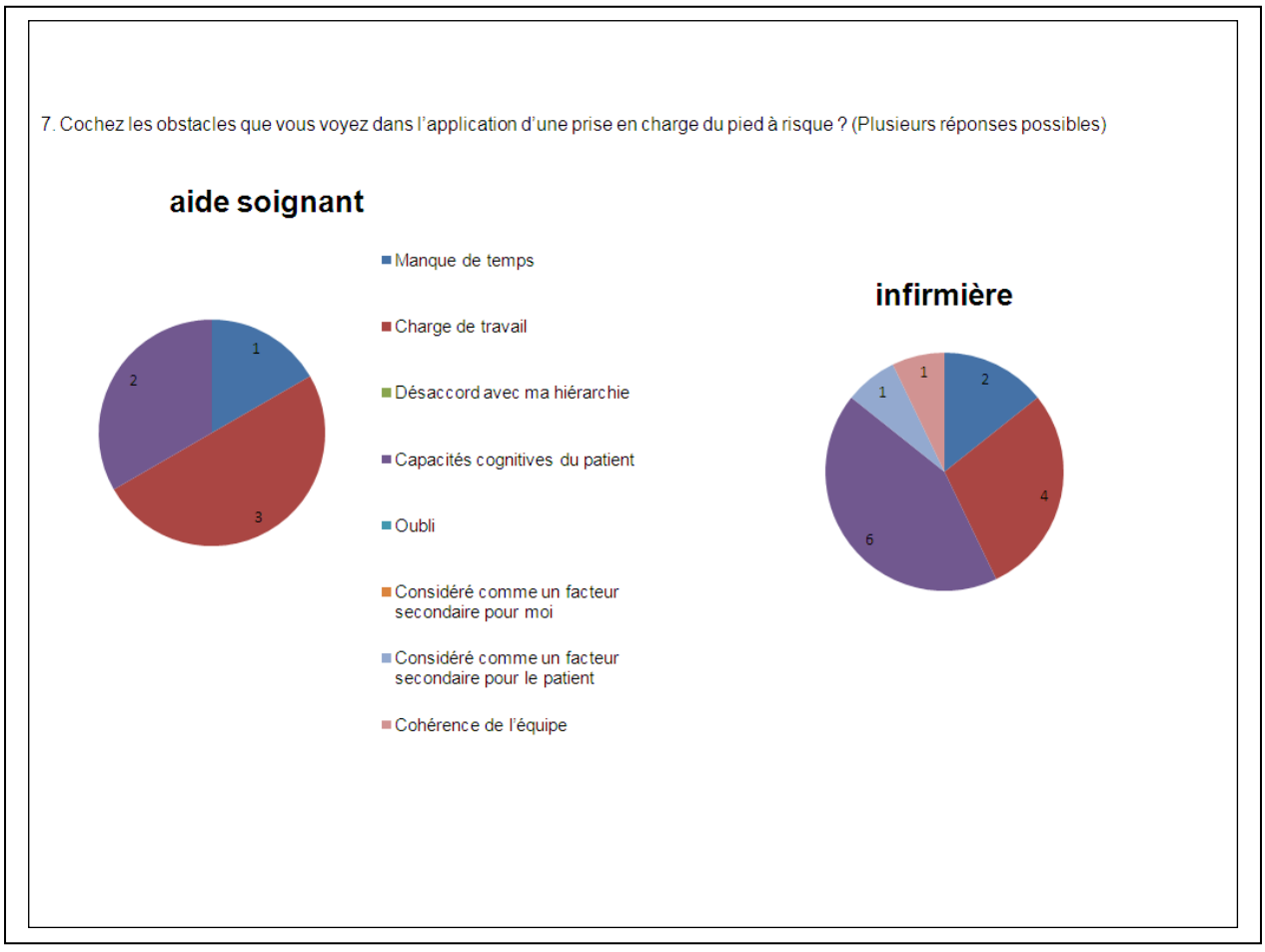
Trois participants ont complété leurs réponses par ces appréciations :

- ✓ Il est facile et rapide d'observer les pieds des patients au moment des soins d'hygiène. *Signe d'appropriation, volonté de transfert de la part de cette infirmière*

- ✓ Organiser la cadence du contrôle. *Signe d'une volonté d'adopter le suivi du traitement*
- ✓ C'est juste une question de rester attentif et vigilant. Le problème des soignants de terrain, c'est qu'on leur demande d'être particulièrement attentif…à tout !!! » (Les dents, les pieds, la douleur, etc.). *Mise en lumière d'un frein à l'application sur le terrain.*

Gardons cependant à l'esprit que l'intention de transfert de la part des soignants peut s'expliquer en partie par le fait que le questionnaire d'évaluation fut distribué de suite après la formation. La compétence ne peut-être séparée de ses conditions de mise en œuvre. Etymologiquement, le terme compétence vient du mot latin competens : ce qui va avec, ce qui est adapté à. Pour reprendre une expression de Michel de Certeau (1980) : « l'art de combiner est indissociable d'un art d'utiliser ». Ainsi, pour évaluer l'acquisition des nouvelles compétences il est nécessaire d'être sur le terrain, en situation c'est pourquoi il est plus prudent d'exprimer l'intentionnalité du transfert du contenu de l'intervention. Par ailleurs, il aurait-été judicieux de rajouter une question subsidiaire:
« Qu'apporteriez-vous dès demain de différent ou en complément au patient porteur de pieds à risques ? »

Question 7 : Concerne les obstacles perçus par les soignants dans l'application de la prise en charge du pied à risque

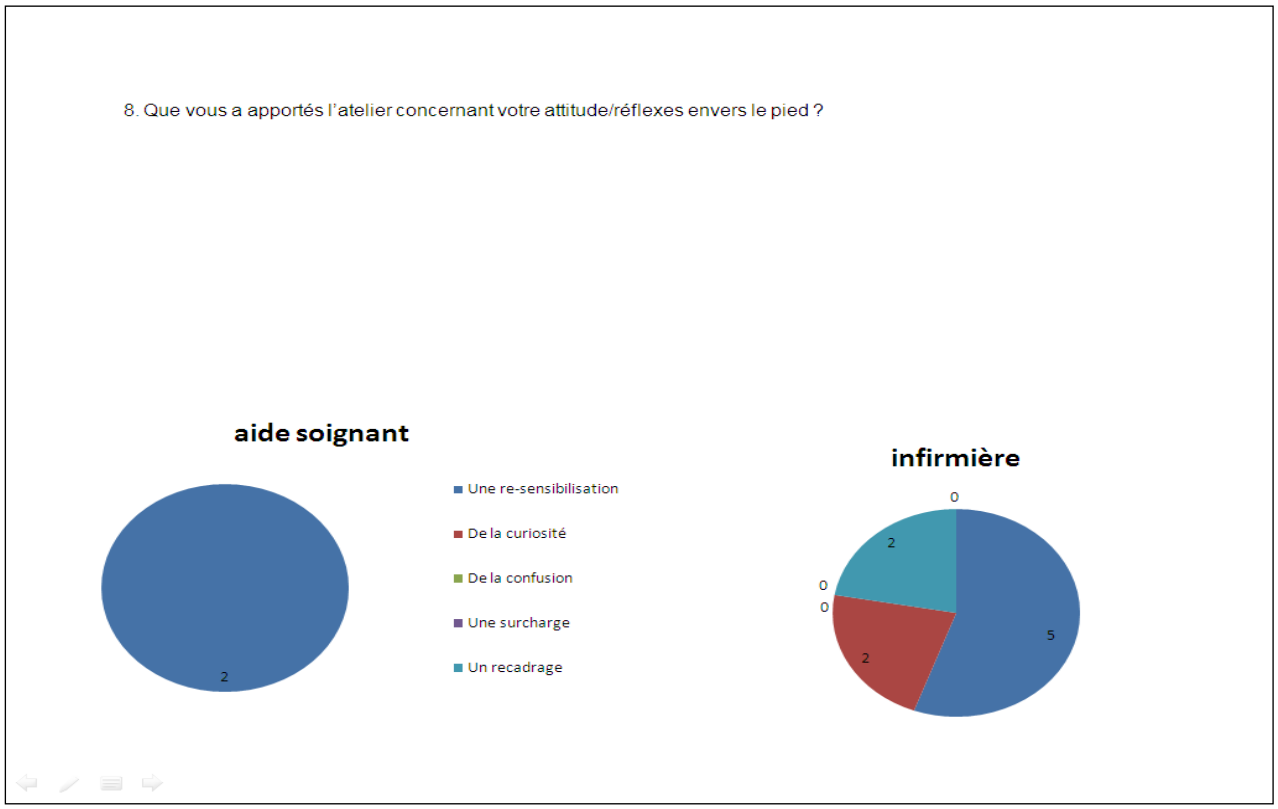


A la question cochez les obstacles que vous voyez dans l'application de la prise en charge du pied à risque, les soignants avaient à choisir parmi plusieurs réponses possibles à savoir :

- ✓ Le manque de temps
- ✓ La charge de travail
- ✓ Le désaccord avec ma hiérarchie
- ✓ Les capacités cognitives (troubles) du patient
- ✓ L'oubli
- ✓ Considéré comme un facteur secondaire le patient
- ✓ Cohérence de l'équipe

Les réponses les plus nommées *comme étant des obstacles* sont les *capacités cognitives* du patient (6 Infirmiers+2 AS=8) suivies de *la charge de travail* (4 Infirmiers+3 AS=7) suivie *du manque de temps* (2Infirmiers +1 AS).
Un autre obstacle identifié par un soignant, hors des choix proposés, mérite d'être mentionné :
« Manquer d'attention par multiplicité des problèmes à survenir ».
Selon la campagne 2010, « Par environnement favorable à la pratique » (EFP), on entend un contexte professionnel propice à l'excellence et garantissant des conditions de travail décentes (…)
Les professionnels de la santé s'inquiètent souvent des charges de travail trop importantes et impossibles à assumer. Celles-ci sont à l'origine de mauvaises performances, d'une faible motivation et de l'épuisement.
(…) Les charges de travail excessives sont imputables à de nombreux facteurs. Les pénuries de personnel soignant obligent parfois les travailleurs à assumer des tâches supplémentaires, même s'ils ne possèdent pas les qualifications nécessaires pour les exercer avec toute la compétence voulue**.** Les interactions avec les patients risquent alors de se compliquer (Gilson *et al*. 2004).
Source : http://www.ichrn.com/news/campaigns/PPE-Generic-FINAL-FR.pdf, site web visité le 22.06.2011

Question 8 : Apport de l'atelier concernant l'attitude « réflexe » des soignants envers le pied



A la question posée aux soignants: Que vous a apporté l'atelier concernant l'attitude « réflexe » envers le pied, la réponse prévalente (7 infirmiers sur 7 ; 2 AS sur 4) est que l'atelier leur a apporté une re-sensibilisation Ces résultats m'amènent à penser que mon intervention était en adéquation avec les besoins identifiés en début de projet. Quelques soignants ont répondu également un recadrage (2 inf. sur 7 ; AS=0) et de la curiosité (2inf sur 7 ; AS=0).

D'autres réponses, non comprises dans les choix multiples proposées émises de manière spontanée à chaque fois par 1 soignant sur 11, méritent d'être mentionnées:

« 1. Oui, plus précisément concernant les chaussures adaptées, le massage des pieds

2. Oui, surtout sur la communication et les maladies que je ne connaissais pas

3. C'est très positif car c'est le principal objectif.

4. Une réactivation de mes anciennes connaissances

5. Rien de plus que ce que je sais déjà, mais positif quand même

6. Nous pourrions faire apparaître la notion de pied à risque par écrit dans le dossier du patient »

Je trouve la dernière remarque(6) très pertinente en raison des enjeux de visibilité, de sécurité, de suivi à assurer à travers la documentation clinique. A ce propos ce même soignant avait répondu que

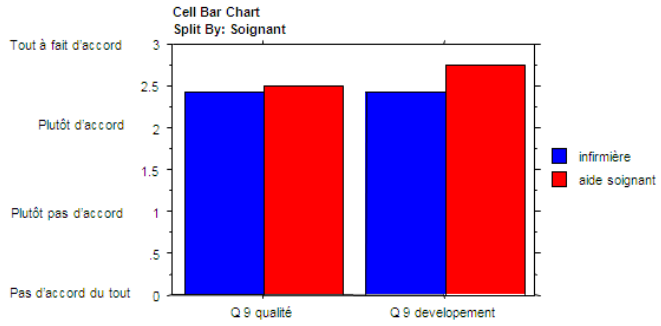
l'atelier semble lui avoir apporté un recadrage. Il étaye ce constat par le fait qu'écrire cette notion de pieds à risque dénote son appropriation de cette thématique et son souci de partager ces connaissances avec ses pairs et favoriser une dynamique de développement de compétence collective.
Afin de mieux éclairer la notion d'appropriation en voici deux exemples de définition. C'est Marx qui situe l'origine de l'usage sociologique de l'*appropriation*, qui est définie en rapport aux objets produits par l'individu, comme « intériorisation des savoirs et des savoir-faire ». L'appropriation est donc associée à l'action sur le monde, au travail, à la *praxis*, mais comme accomplissement individuel et non comme démarche collective. C'est avec H. Lefebvre et P.-H. Chombart de Lauwe que l'on voit apparaître la dimension collective de l'*appropriation*, le premier ayant fait de cette notion le « socle d'un droit à la ville » et le second ayant mis en exergue « les rapports de dominance, liés à la conquête et à la défense de la propriété de l'espace urbain ».

Question 9 : Concerne la perception des soignants de ce que l'atelier leur a apporté: l'amélioration de la qualité des prestations de soins offertes aux patients, développement personnel des soignants

9. Globalement, je dirais que cet atelier me permettra….

D'améliorer la qualité des prestations de soins que j'offre aux patients

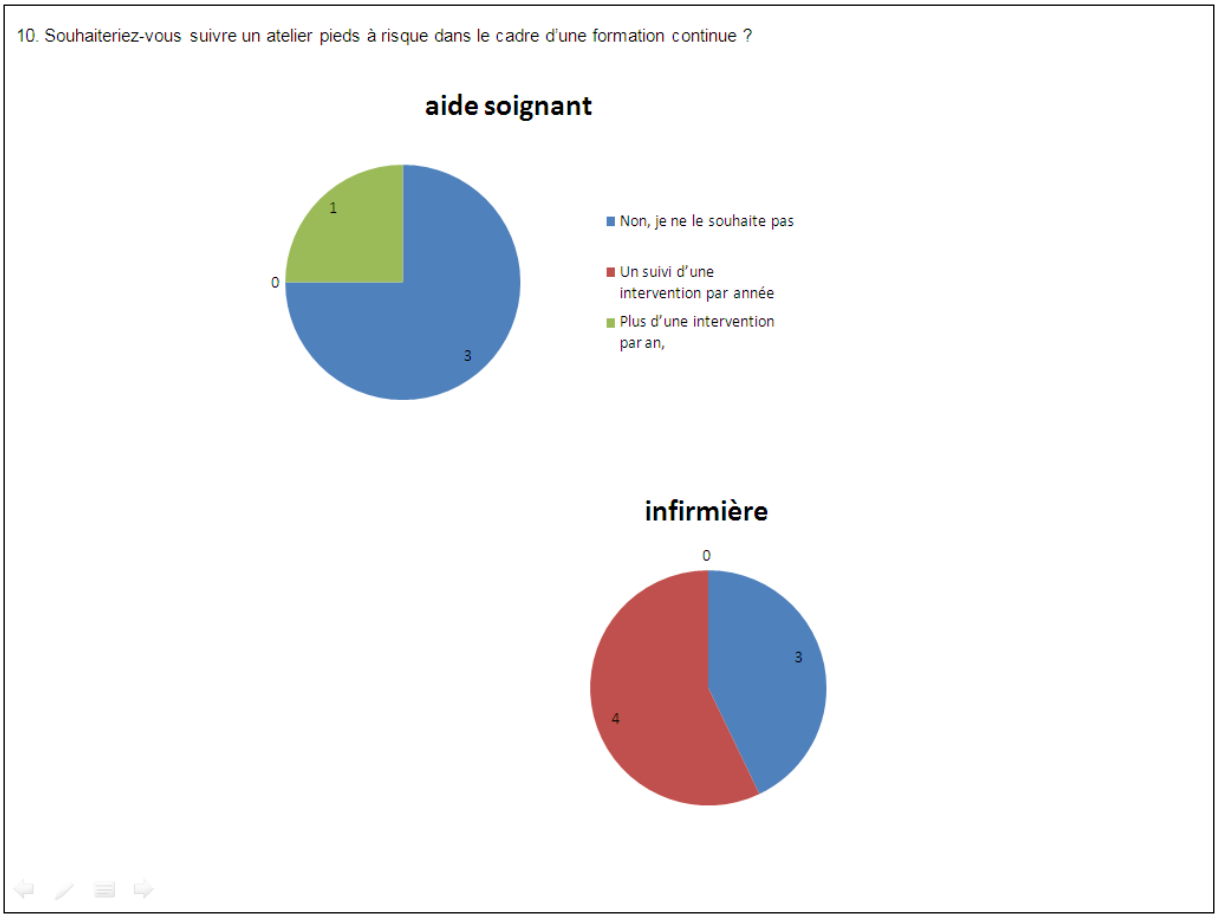
D'améliorer mon développement personnel



A l'énoncé qui vise à faire exprimer les soignants sur ce que cet atelier leur permettra d'améliorer, ceux-ci avaient la possibilité d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord à propos des deux items suivants : la qualité des prestations de soins qu'elle offre aux patients et leur développement personnel. L'ensemble des avis se situent entre pas d'accord du tout, plutôt pas d'accord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord. Suite à l'atelier les soignants se projette vers une amélioration des

soins podologiques apportés aux patients et considère que cette intervention améliore leur développement personnel.

Question 10 : Concerne le souhait des participants de participer ultérieurement à un atelier pieds à risque dans le cadre d'une formation continue



A la question posée : « souhaiteriez-vous suivre un atelier pieds à risque dans le cadre d'une formation continue », les soignants avaient comme propositions de réponses « non, je ne le souhaite pas », « un suivi d'une intervention par année », « plus d'une intervention par an ».
Les infirmiers (4inf.sur 7) expriment, pour la majorité d'entre eux leurs souhaits, à vouloir suivre un atelier pied à risque une fois par année contrairement aux aides-soignants (3 AS sur 4) ne souhaitant pas poursuivre de formation continue.
Seul un aide-soignant exprime son souhait à suivre un atelier pied à risque plus d'une fois par an.

2. Discussion des résultats

D'une manière générale les résultats font état de l'intérêt manifesté par les participants pour la thématique du « Pieds à risque ». En effet à travers le questionnaire d'évaluation de la formation, j'ai pu me rendre compte que plus de 60% des messages clés sur les connaissances du « pied à risque ont été restitués. Un degré élevé de satisfaction des participants à la formation est également constaté. Néanmoins malgré l'intérêt manifesté par tous les participants lors de l'animation de l'atelier du pied à risque, il convient de noter le décalage entre le désir des infirmières de continuer à bénéficier d'une réactualisation de connaissances sur le sujet de manière continue contrairement aux aides-soignants. Ce constat appelle plusieurs commentaires :

- ✓ Si les aides-soignants (sauf 1 sur 4) ne manifestent pas un enthousiasme démesuré pour participer à la formation continue, ils déclarent de manière unanime, leur intention de transférer ce qu'ils ont appris dans le cadre de l'atelier dans leurs pratiques;
- ✓ En ce qui concerne les infirmiers (4 sur 7) souhaitent un rappel de connaissances à raison d'une fois par année. De plus ce collectif exprime, à des degrés divers, la possibilité de transférer ce qu'ils ont appris dans le cadre de l'atelier dans leurs pratiques ;
- ✓ En ce qui concerne le profil des participants il convient de mentionner que tant les infirmières que les aides-soignants ont plus de dix ans d'expérience. De ce fait l'ancienneté à elle seule ne saurait expliquer la différence d'intérêt manifestée par ces deux catégories professionnelles pour la formation continue ;
- ✓ Pour ma part, je me suis questionnée sur la qualité de l'animation de l'atelier et sur ce qu'il serait possible de remédier lors d'une prochaine intervention. Cette démarche réflexive m'amène à m'interroger sur certains aspects de l'activité pédagogique. Par exemple jusqu'où l'autonomie du participant était-elle suffisamment prise en compte concernant les aides-soignants de manière spécifique ? J'ai privilégié une méthode qui m'a permis de solliciter les ressources cognitives des participants mais était-elle réellement active ?
- ✓ Par ailleurs plusieurs études tendent à montrer que ce sont les personnes les mieux formées qui profitent le plus de la formation continue (Frank Seuret 2006)

En regard du cadre théorique relatif à la notion d'appétence et d'inappétence à la formation, je trouve pertinent de relater une autre expérience menée, antérieurement à cette démarche de remédiation, auprès des soignants présentant plus ou moins le même profil que ce collectif et travaillant dans le même contexte professionnel avec la même typologie de patients.

Cette initiative, **le premier projet**, s'inscrivait dans la poursuite du travail entrepris par Dr Zoltan Pataky (2006) qui avait pour objectif général d'augmenter les compétences des soignants dans le suivi et la gestion des « Pieds à risque » et de diminuer les complications à long terme au niveau des membres inférieurs.

J'ai débuté ma démarche auprès du cadre infirmier responsable du site de l'Hôpital de Loëx, l'Infirmière Adjointe à la Responsable de Soins (IARS) en Mai 2010. Ma demande était d'offrir une nouvelle approche de partage de connaissances aux soignants sur le pied à risque. La méthode envisagée était l'apprentissage par le jeu. Le but était d'offrir des connaissances actualisées sur les pieds à risque aux soignants d'une unité de fin de traitement en utilisant une approche ludique. Une fois le projet autorisé et validé par les cadres concernés l'IARS et l'infirmière responsable d'une unité de soins (IRUS) d'une unité de fin de traitement, j'ai commencé à réfléchir sur les différentes étapes de ma présentation. J'ai créé un photo-langage de six principaux thèmes. Ce projet ne fut pas

retenu dans le cadre du DIFEP faute d'un recueil et d'une analyse insuffisante des besoins réels de formation.
Néanmoins, cette discussion a un sens en rapport avec la méthode d'apprentissage choisie pour le public d'aides-soignants qui à l'unanimité montra de l'appétence cette fois-ci pour la formation continue. Le jeu se présentait sur des cartes de couleurs illustrées de différentes manières : rouge pour la neuropathie, bleu pour l'artériopathie, jaune pour les facteurs intrinsèques et extrinsèques des plaies, vert clair pour les termes et applications proposés par le pédicure-podologue, orange pour les conseils et décharges d'ordre général et violet pour le pied de la personne âgée. (Annexe 9)
Les trois premiers thèmes furent présentés lors de la première intervention et les trois suivant lors de la deuxième séance données à une semaine d'intervalle afin de retrouver un public commun. Les séances avaient une durée d'une heure. L'intervention par le photolangage favorisa la prise de parole des différents membres aides-soignants du groupe, une parole intuitive plus que logique et un réel dynamisme. Dans le cadre de l'évaluation post intervention du jeudi 10 Juin 2010, il a été demandé aux participants de répondre à la question suivante : « pensez-vous que des rappels sur le pied soit utile ultérieurement, exemple : 1 fois par an. » Les réponses des cinq participants aides-soignants à cette question ouverte furent :

- ✓ Deux fois par an
- ✓ Oui, souvent les soignants ne sont pas attentif aux pieds donc plus de rappel permet de faire participer plus de soignants
- ✓ Oui mais plus d'une fois au moins, une fois tous les 3 mois serait bien
- ✓ Oui
- ✓ Au moins une fois par an

Cette expérience a mis en évidence l'intérêt manifesté pour la formation continue par un collectif d'aides-soignants présentant le même profil que dans l'expérience de l'atelier intitulé « Pieds à risque » travaillant également dans le même contexte : unité de soins de fin de traitement. Ni l'expérience ni l'âge, ne les différencient de manière significative des soignants de l'unité choisie pour la réalisation du projet de DIFEP.
Je me permets de faire l'hypothèse explicative suivante : L'emploi du photo-langage, plus vivant et demandant une participation plus active que l'atelier a suscité plus d'envie de la part des aides-soignantes à réitérer l'expérience de la formation. Le fait de pouvoir parler de leurs expériences, de développer leurs pensées soit en leur posant des questions ou en reformulant leurs dires, leur a permis d'être plus actifs. Comme ajout à cette participation active j'ai également eu le plaisir d'aborder les principales notions concernant « l'entretien motivationnel» avec eux. La demande d'un des participants fut d'apporter un exemple d'un patient ayant des pieds à risque refusant de porter une « pantoufle-chaussure » adéquate orthopédiquement (Relatif à l'orthopédie, à la correction des malformations du corps. Chaussures orthopédiques, établissement orthopédique, Judet, Fractures membres, 1948, p.3).) pour la séance suivante. Un jeu de rôle leur fut proposé avec pour lecture un exemple « d'un soignant qui communique » et « d'un soignant qui ne communique pas » (Annexe 10). A la question « le rappel de l'entretien motivationnel présenté sous forme concrète vous a-t-il parlé ? », la réponse fut un « oui », de manière unanime. Une année après cette intervention dans cette unité de soins, je constate que les demandes de soins ont augmenté et que les priorités podologiques me sont précisées de la part des soignants lors de la prise de rendez-vous. L'intervalle entre chaque soins est généralement mieux respecté ce qui évite d'éventuelles complications podologiques.
La formation d'adulte intègre également fortement la notion que plus l'apprenant a un sentiment d'appartenance au groupe, mieux il apprend. Lors des séances de photos langage, seul le public d'aide-soignant était représenté, ce qui m'entraine à me poser la question:
« Est-il adapté de mélanger les publics d'aides-soignants et infirmiers pour ce type de formation, y a-t-il un moment pour réunir ces deux publics ? », « aurait-il été plus adapté de faire un tronc

commun aux soignants puis de personnaliser le savoir, le savoir-faire et le savoir-être pour chacune des professions » ?
Une investigation plus approfondie auprès des responsables des services, des participants aurait-été la bienvenue.
D'autre part, j'estime n'avoir pas été suffisamment percutante sur les perspectives d'avenir podologiques réalisables dans mon contexte professionnel. J'aurais pu poser la question : « Aimeriez-vous être tenu informé des nouvelles approches, des nouvelles techniques concernant le pied notamment le pied à risque » ?

Toutes les actions menées dans le cadre de l'expérience de partage de connaissances podologiques avec les soignants au service des patients ainsi que toutes les autres tentatives de transfert de connaissances de l'ETP convergent vers une même finalité : L'amélioration de la qualité des soins des patients porteurs de pieds à risque dans mon contexte professionnel.

Lors du congrès mondial de Podologie de Copenhague en Mai 2007, **le deuxième projet,** mon abstract fut retenu et j'ai pu présenter le « Dépistage des pieds à risques en milieu hospitalier ». L'objectif de cette présentation était d'aborder les moyens, les pratiques mises en œuvre dans mon environnement professionnel pour diminuer les lésions podologiques chez les patients hospitalisés à long terme dans l'établissement. Suite à cette intervention, la directrice de l'Ecole de Podologie de Genève me sollicita afin de donner aux enseignants de Podologie une séance d'information et de sensibilisation relative à l'Education Thérapeutique du Patient. La première partie explique en quoi consiste la formation composées des différentes structures modulaires, en combien de temps elle a lieu, avec quel diplôme à la clef.
La deuxième partie parle du patient, de son rapport à la maladie, de ses valeurs, de ses besoins. Afin d'offrir une vision globale du sujet, de permettre aux participants d'éveiller leur curiosité, de les mettre en appétit, de leur donner envie de découvrir le thème, j'opte pour une approche de découverte qui reste adaptable au gré des remarques sans vouloir entrer dans des concepts théoriques. J'aimerais citer à ce propos une très belle phrase de Maria Montessori qui dit : « voici donc un principe essentiel : enseigner les détails c'est apporter la confusion. Etablir la relation entre les choses, c'est apporter la connaissance ».
Un crédit de deux heures me fut accordé pour présenter le sujet. Pour cette intervention, je me suis inspirée du livre d'appui intitulé « l'Education Thérapeutique des Patients, nouvelles approches de la maladie chronique ».[16] J'ai suscité une discussion interactive avec les participants sur le patient, l'annonce de la maladie, son rapport avec sa maladie, le vécu psychique ressenti par le patient atteint d'une maladie chronique (…)
Le public, composé de cinq enseignants et la directrice, présente plusieurs situations évoquant la non acceptation ou la mise à distance de la maladie par le patient. Un temps est consacré à la thématique « vers l'intégration de la maladie ». Ce thème est exploré par Isabelle Moley-Massol qui pense que « le rentissement de l'annonce de la maladie dépend de la personnalité du sujet, de son histoire et du moment de vie qu'il est en train de traverser, il dépend de la maladie en cause et des représentations que s'en fait le patient ».
Dans un troisième temps leur est posée la question : D'après vous quels sont les buts et finalités de L'Education Thérapeutique du Patient ?
Les participants sont dynamiques et répondent que l'ETP, améliore la qualité des soins apporté au patient, permet de mieux comprendre le patient et sa maladie, se centre sur les besoins du patient.

[16] Anne Lacroix, Jean-Philippe Assal : l'Education thérapeutique des patients – Nouvelles approches de la maladie chronique – 2e édition complétée – collection Education du patient dirigée par Jean-François d'Ivernois - Ed. Maloine, 2003.

La dénomination des différentes catégories professionnelles s'entend aussi bien au féminin qu' masculin tout le long du texte

L'enthousiasme des participants, leurs intérêts à poser des questions et à participer aux discussions me laisse penser que la présentation répond à certaines de leurs attentes sachant que la demande vient exclusivement de leur directrice.
Un questionnaire d'évaluation fut adressé aux participants au terme de l'intervention. (Annexe 11)
L'éveil de leur curiosité (enrichissement personnel) paraît comme apport principal de la séance. Les enseignants qui ont participé activement à la séance estiment majoritairement que l'ETP apportera un enrichissement dans la qualité de leurs enseignements aux élèves. Ils pensent également qu'en tant que soignants-éducateurs, l'ETP se montre comme un enrichissement dans la qualité relationnelle avec les patients.

Cette expérience m'a permis de renforcer mon identité professionnelle et a suscité chez moi l'envie de devenir soignant-formateur en vue de partager mes expériences et mes connaissances avec d'autres soignants. Dans un même temps, le projet d'une ouverture de consultation « pieds à risques » sur le site des Trois Chênes était en discussion.
Après un entretien avec mon responsable hiérarchique direct en juin 2007, j'ai obtenu son accord pour sensibiliser mes collègues Podologues à l'ETP, **le troisième projet**, tout en m'assurant que cette offre soit en adéquation avec leurs besoins. Quatre séances d'une heure me furent octroyées au total. Ce temps mis à notre disposition était censé nous permettre de réfléchir à la mise en place de l'éventuelle consultation « Pieds à Risques » qui devait se créer à l'Hôpital des Trois-Chênes. La première séance de deux heures devait renforcer la conviction de mes collègues à l'intérêt d'élargir le champs des possibles a l'attention des patients porteurs de pieds à risques et de repenser la nature des soins de podologie. Afin d'identifier leurs besoins potentiels et avec leur consentement dans un cadre de conception partagée, j'ai enregistré les entretiens pour être plus présente, plus à leur l'écoute et de manière a retranscrire leurs informations à la suite de notre rencontre (Annexe).
L'ETP n'était pas une notion nouvelle pour elles. Suite à cet entretien, j'avais établie une liste de leurs besoins exprimés ou ressentis, comme :

- ✓ Etablir une consultation ayant des objectifs ciblés ;
- ✓ Prioriser les thèmes à aborder pendant les soins (ex perte de sensibilité, la mobilité…) ;
- ✓ Etre dans une relation plus individualisée et plus communicante avec le patient ;
- ✓ Changer la nature du soin de podologie en y intégrant l'ETP ;
- ✓ Axer l'enseignement sur la première et certainement la seule rencontre avec le patient ;
- ✓ Besoin d'un local approprié avec décor approprié (ex : créer un poster) ;
- ✓ Besoin d'informer les équipes sur l'ouverture de la consultation ;
- ✓ Créer un atelier pendant le soin ?;
- ✓ Repenser la demande de soins, l'annonce et les informations données par les soignants pour encourager le patient à accepter le soin podologique;
- ✓ Besoins de créer une fiche de suivie soit pour le service ;
- ✓ Besoin de reconsidéré l'accueil du patient car pour l'instant c'est les podologues qui vont en chambre et donc n'accueillent pas les patients ;
- ✓ Besoins de temps pour dépister correctement un pied à risque ;
- ✓ Besoins de revoir les examens points par points ;
- ✓ Besoins de savoir expliquer les différents examens faits aux pieds du patient en terme simple ;
- ✓ Besoin de reconnaissance de la profession surtout auprès des médecins ;
- ✓ Besoin de reconnaître les nouveaux besoins des patients ;
- ✓ Malheureusement l'Hôpital des Trois Chênes subit de profonds remaniements durant cette période, ce qui écarta l'idée institutionnelle d'ouvrir dans l'immédiat la consultation spécialisée pour les patients porteurs de pieds à risques. Je ne pus donner suite à l'étape suivante qui était de partager avec mes collègues les idées suivantes :

- ✓ L'annonce du soin de podologie au patient et notre accueil ;
- ✓ D'établir une esquisse de la fiche de repérage patient pieds à risques ;
- ✓ Définir les trois grands thèmes incontournables à aborder pendant le soin de podologie avec le patient ;
- ✓ Comment susciter la prise de conscience du patient de ces problèmes de pieds sachant que nous ne le verrons que sur une seule séance.

Abandonner ce projet n'a pas été facile car j'ai apprécié le réel dynamisme de mes collègues à vouloir s'investir dans ce nouveau projet. J'ai trouvé nos rencontres fortes enrichissantes et très constructives. Je n'abandonne pas l'idée de réitérer ce projet de formation auprès de mes collègues actuelles qui sont déjà dans une dynamique de partages et d'actualisation des connaissances.

L'action la plus récente, **le quatrième projet**, concerne ma participation en plénière au XXe congrès de podologie de Suisse Romande. L'objectif de mon intervention était de partager cette expérience de formation auprès des soignants (soins infirmiers) au service du patient avec mes collègues podologues et de rendre explicite les différentes étapes de ma démarche. Le public, essentiellement constitué de Podologues libéraux, a bien accueilli la présentation et semblait manifestement apprécier son contenu en intervenant par de nombreuses questions.

IV. CONCLUSION

Cette expérience m'a permis de réaliser la nécessité d'offrir des actions de formation qui soient en adéquation avec les besoins de l'adulte en formation. Cependant, au terme de cette démarche écrite, je ne peux m'empêcher d'effectuer un regard en retour sur tout le processus qui paraît si linéaire d'un point de vue des contraintes méthodologiques. En réalité, j'ai dû effectuer beaucoup de va-et-vient inévitable entre la conception, les différentes étapes de la démarche de résolution de problèmes et la négociation incontournable avec les acteurs du terrain. C'est également très formateur, de pouvoir gérer cette tension entre le projeté et le réalisé. Cette dynamique de travail favorise une remise en question permanente. Cette démarche m'a permis de mobiliser les compétences suivantes : capacité à communiquer, à négocier, à me positionner personnellement et professionnellement (…) Cela m'a permis entre autre d'être beaucoup plus rigoureuse notamment dans la manière de recueillir les données cliniques au sujet des patients dès la phase de planification du rendez-vous jusqu'à la finalité des soins notamment de m'assurer que les informations données au patient sont bien comprises.

La réalisation de ce travail m'a permis de prendre conscience de mes propres ressources, de mobiliser celles que j'ai acquises dans le cadre de la formation et les ressources institutionnelles disponibles. En ce sens je pense avoir bénéficié d'un contexte privilégié à la réalisation de ce projet. J'ai pu expérimenter entre autre l'importance de la méthode d'accompagnement au changement en conciliant l'expertise de mon métier et celle de la méthodologie d'implantation de l'Education thérapeutique. J'ai mesuré la nécessité de rendre les acteurs partie-prenante dès la phase initiale de conception du projet. En effet, quand un changement affecte différents acteurs, cela nécessite une renégociation des règles du jeu. La nécessité de se donner entre soignants une représentation consensuelle de notre rôle dans les soins podologiques. Aussi la formation action favorise le partage des expériences et l'engagement des participants dans l'amélioration de la qualité des soins podologiques à apporter aux patients.

Ces expériences diversifiées m'ont permis de me rendre compte que l'éducation thérapeutique suscite beaucoup d'intérêt auprès des professionnels de la santé. Au regard de mes expériences dans mon contexte de travail, entre autre, elle a également sa place dans les secteurs de soins dits de « fin de traitement » chez des malades âgés et souffrant d'affections chroniques, dans des hôpitaux de

moyen, long séjour (…) Le fait d'amener les soignants à revisiter certaines attitudes, comportements leur permet d'élargir leur vision de leurs pratiques. Les indicateurs du changement de comportement des soignants ayant participé aux actions de formation ne pourront réellement être identifiables qu'à distance. Cependant, dans le contexte de ce projet, l'éducation thérapeutique du patient se montre comme un processus important d'amélioration de la qualité de soins au service des patients hospitalisés.

V. PERSPECTIVES

En vue de favoriser la démarche de résolution des problèmes de soins podologiques prévalents dans les contextes où ces actions de formation ont eu lieu, l'harmonisation des pratiques, l'élaboration d'un arbre décisionnel en collaboration pourrait apporter une plus-value.

Dans les milieux de malades chroniques, l'éducation thérapeutique n'est pas souvent considérée comme un apport de qualité. Elle a pourtant sa place chez des malades considérés du point de vue médical comme non guérissables. Notons les maladies neurologiques, par exemple sclérose en plaque où la majorité de patients veut être impliqué dans les décisions thérapeutiques[17]. Un autre exemple est la fibrillation auriculaire : 85% des patients âgés de 70-85 ans désirent être impliqués dans les décisions concernant le traitement anticoagulant.[18]

Considérant que c'est essentiellement des soignants que dépend la prévention des lésions podologiques chez des malades hospitalisés, il serait souhaitable que le soignant intègre la démarche d'ETP dans leurs pratiques.

Afin de mettre en place une évaluation à distance en touchant un plus large public, j'ai comme perspectives d'avenir d'expérimenter la thématique du pied à risques auprès d'autres unités de soins notamment des unités de fin de traitement. Avec mes collègues podologues nous pourrions échanger régulièrement des informations podologiques afin d'unifier, de mettre à jour et d'évoluer à travers nos pratiques dans notre rôle de podologue au regard des autre communautés de pratiques. Nous pourrions proposer un dépistage systématique des pieds à risques par exemple. Une des idées serait d'introduire des minis-projets de formation podologiques et pédagogiques relatifs à l'ETP qui seraient proposés à l'ensemble des équipes de soins en décomposant le projet d'envergure « pieds à risque » en plus petits, devenant ainsi plus facilement maitrisables pour les soignants. Ce projet pourrait être réalisé en collaboration avec mes collègues podologues et serait applicable sur les différents sites des Hôpitaux Universitaires de Genève dans le cadre d'un projet de qualité.

[17] Heesen C, Kasper J, Segal J, Kopke S, Muhlhauser I: Decisional role preferences, risk knowledge and information interests in patients with multiple sclerosis. Mult Scler 2004; 10(6): 643-50 kasper J, Kopke S, Muhlhauser I, Heesen C: Evidence-based patient information about treatment of multiple sclerosis-A phase on study on comprehension and emotional responses. Patient Educ Couns 2005

[18] Protheroe J, Fathey T, Montgomery AA, and Peters TJ: The impact of patients'preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. Bmj 2000 ; 320 (7246) : 1380-4 cités par Pataky (2006)

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Armand Brulhart Loëx – 1900, 2000 - L'Asile, la Maison, l'Hôpital dans la presqu'île –

2. Munro BJ, Steele JR: Foot-car awareness. A survey of persons aged 65 years and older. J Am Podiatr Med Assoc 1998; 88 (5): 242-8

3. Hsu JD: Foot problems in the elderly patient. J Am Geriatr Soc 1971; 19(10): 880-6

4. Apelqvist j, Larsson J, Agardh CD: The influence of external precipitating factors and peripheral neuropathy on the development and outcome of diabetic foot ulcers. J Diabetic Complications 1990; 481):21-5

5. Assal JP, Mulhauser I, Pernet A, Gfeller R, Jorgeens V, Berger M: Patient education as the basis for diabetes care in clinical practice and research. Diabetologia 1985; 28(8):602-13

6. World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases.
Report of a WHO Working Group. Regional Office for Europe, Copenhagen. 1998

7. A. Goldcher Abrégés de Podologie - 5e édition – Masson p.5-22

8. Alain Deccache et Eric La Vendhomme, Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes, De Boeck, Université, Savoirs et santé, Bruxelles, 1989, p. 13, 239 pages.

9. Philippe CARRE In «L'apprenance : rapport au savoir et société cognitive » - Rapport au savoir - -2000 – p 6

10. C. FRETIGNE – Essais « L'appétence pour la formation, une entreprise de rationalisation du flou » – Ed. Michel Houdiard – 2007

11. Hadji C., Eduquer et former, Ed. Sciences Humaines, 1998

12. Alain Deccache et Eric La Vendhomme, Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes, De Boeck, Université, Savoirs et santé, Bruxelles, 1989, p. 13, 239 pages.

13. *World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004*.

14. HAS – INPES/Juin 200711 World Health Organization. Skills for health. Geneva: WHO; 2003.Life skills are abilities for adaptive and positive behavior that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. Unparticular, life skills are a group of psychosocial competencies and interpersonal skills that help people make informed decisions, solve problems, think critically and creatively, communicate effectively, build healthy relationships, empathies with others, and cope with and manage their lives in a healthy and productive manner. Life skills may be directed toward personal actions or actions toward others, as well as toward actions
to change the surrounding environment to make it conducive to health.Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques

15. BRAISSANT Claudine : Soigner, c'est aussi informer et enseigner Ed. Centurion « Infirmières d'aujourd'hui »1990, Paris. pp.21

16. Anne Lacroix, Jean-Philippe Assal : l'Education thérapeutique des patients – Nouvelles approches de la maladie chronique – 2e édition complétée – collection Education du patient dirigée par Jean-François d'Ivernois - Ed. Maloine, 2003.

17. Heesen C, Kasper J, Segal J, Kopke S, Muhlhauser I: Decisional role preferences, risk knowledge and information interests in patients with multiple sclerosis. Mult Scler 2004; 10(6): 643-50 kasper J, Kopke S, Muhlhauser I, Heesen C: Evidence-based patient information about treatment of multiple sclerosis-A phase on study on comprehension and emotional responses. Patient Educ Couns 2005

18. Protheroe J, Fathey T, Montgomery AA, and Peters TJ: The impact of patients'preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. Bmj 2000; 320 (7246): 1380-4 cités par Pataky (2006)

Internet

http://www.wma.net/fr/20activities/40healthsystems/10patientsafety/index.html

http://www.ichrn.com/news/campaigns/PPE-Generic-FINAL-FR.pdf

http://www.skillway.org/spip.php?article32

http://www.communicationorale.com/palo.htm

http://www.ichrn.com/news/campaigns/PPE-Generic-FINAL-FR.pdf

Annexe 1

Hôpitaux Universitaires de Genève

Département de Réhabilitation et Gériatrie

Etiquette

EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUES PODOLOGIQUES

Date : __/__/__

Provenance du malade: ☐ HUG
☐ autre hôpital
☐ domicile
☐ EMS

I. Caractéristiques du patient

Âge : ____ ans Sexe : ☐ homme ☐ femme

Poids : ____ kg *Taille : ____ m* *BMI : ____ kg/m²*

Vision : ☐ diminuée ☐ cécité

Déplacement : ☐ normal ☐ petits déplacements ☐ fauteuil roulant
☐ patient au lit

Chutes : ☐ oui ☐ occasionnelles (rares) ☐ non
☐ 1x/sem.
☐ plus que 1x/sem.

Diagnostics : ☐ Diabète
☐ Atteint(s) neurologique(s)
- ☐ Sclérose en plaque
- ☐ Sclérose latérale amyotrophique
- ☐ Syringomyélie
- ☐ Neuropathie alcoolique
- ☐ Paraplégie
- ☐ Accident vasculaire cérébral
- ☐ Etat végétatif persistant
- ☐ Autre : _____

☐ Atteint(s) orthopédique(s)
- ☐ Arthrite rhumatoïde

☐ Hallux valgus ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Hallux valgus opéré ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Orteils en marteau ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Pieds plats
☐ Pieds creux
☐ Amputation de _____ rayon(s) ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Amputation transmétatarsienne ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Amputation du membre inférieur ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Pied(s) de Charcot ☐ Gauche ☐ Droite
☐ Goutte ☐ Gauche ☐ Droite

☐ Démence
☐ Maladie d'Alzheimer

II. Examen objectif des pieds

	Pied droit	**Pied gauche**
Réflexe rotulien	☐ Absent ☐ Présent	☐ Absent ☐ Présent
Réflexe Achilléen	☐ Absent ☐ Présent	☐ Absent ☐ Présent
Pallesthésie	Gros orteil __/8 Malléole int. __/8	Gros orteil __/8 Malléole int. __/8
Monofilaments 5.07 SW	Score __/10	Score __/10
Pulsations périph. A. pédieuse A. tibiale post.	☐ Absent ☐ Présent ☐ Absent ☐ Présent	☐ Absent ☐ Présent ☐ Absent ☐ Présent

TA humérale **/** mmHg		
Pressions art. A. pédieuse A. tibiale post.	TAs : mmHg TAs : mmHg	TAs : mmHg TAs : mmHg
ABI		

Hyperkératose(s) : ☐ oui – localisation : _____
☐ non

Antécédents d'ulcère au pied :
☐ oui – localisation : _____
☐ non

Ulcère, plaie, mal perforant présent :
☐ oui – localisation : _____
☐ non

Soins réguliers par pédicure : ☐ oui ☐ non

Douleurs aux pieds : ☐ constante ☐ seulement avec la chaussure ☐ jamais

Localisation des douleurs :_____

Pieds – taille réelle : D : longueur ___cm largeur : ___cm
G : longueur ___cm largeur : ___cm

III. Evaluation des chaussures

☐ standards ☐ orthopédiques ☐ sur mesure

☐ fermées ☐ semi-ouvertes ☐ ouvertes

☐ pas de chaussures

Modèle (*voir annexe*): ☐ Cycliste ☐ Derby ☐ Balmoral ☐ Charles IX

☐ Escarpin ☐ Basket ☐ Sandale ouverte

Matière : ☐ cuir ☐ synthétiques

Usure des chaussures : ☐ en bon état

☐ semi-usées

☐ usées

Depuis combien de temps le patient a-t-il ses chaussures ? _____

Port de chaussures : ☐ régulier ☐ occasionnel ☐ rare ☐ jamais

Chaussure – taille réelle : D : longueur ___cm largeur : ___cm

G : longueur ___cm largeur : ___cm

IV. Evaluation des semelles

Semelles intérieures: ☐ oui – type : _____

☐ adéquates

☐ non-adéquates

☐ non

Usure des semelles : ☐ en bon état

☐ semi-usées

☐ usées

Annexe 2

Fig. 6 : Poster "Pieds à risque" – un outil pédagogique

La dénomination des différentes catégories professionnelles s'entend aussi bien au féminin qu' masculin tout le long du texte

Annexe 3

TÉMOIGNAGES DE TROIS INFIRMIÈRES TOURNANTES DU SITE DE LOËX

(DEMANDE D'ANONYMAT)

Premier entretien avec Me X, infirmière le 05.11.10 :

Je regarde les pieds, surtout les ongles et les orteils, que je vois directement. Les talons et autres points d'appui en deuxième.
Je parle avec les patients de leurs pieds surtout aux patients diabétiques, aux sujets âgés, des chaussures mal adaptées et de la chute.
Lorsque les chaussures sont mal adaptées je me renseigne auprès de la famille, conseille des Pulmans et si la famille n'est pas présente j'avise à l'assistante sociale ou au tuteur. Ce n'est pas toujours facile de convaincre le patient surtout s'il a une démence et les patients ont leurs habitudes.
Les patients sont contents d'aller chez la pédicure, ceux qui n'acceptent pas sont ceux qui ont des troubles du comportement, qui ne veulent pas de soins au corps.
On n'a jamais assez de connaissances sur le pied, j'aimerai des ateliers sur le pied.
Qu'est ce qu'il faut regarder en premier ?
Des ateliers-réveil pour sensibiliser les soignants, une fois par année.
Les thèmes peuvent-être ongles trop longs, mal chaussé, ongles déformés, orteils déformés.
J'aimerai plus d'information pour être plus attentive aux détails et plus réactive.
Le thème aussi les soins palliatifs au sujet de la douleur, mettre les points importants par brochure, par guide, dans la poche comme d'autre protocole.
Expliquer la neuropathie par mots-clés et avec plus d'exemple.
Les mycoses sont difficiles a soigné, quel traitement ? car j'ai l'impression que ça ne passe pas.
Personnellement, je m'occupe de mes pieds, je les crème.
Si les patients ont des bas élastiques je ne leurs mets pas de crème ça les abimes, s'ils ont des chaussettes je mets.
Pour les semelles, je ne sais pas quand ils doivent en porter.
Pour moi le pied c'est important, c'est vital mais pas très important.

Deuxième entretien avec Me X, infirmière, 08.11.10 :

Je regarde les ongles, la couleur du pied, les talons, les points d'appui. Pour la pédicure c'est les ongles.
Je leur parle des pieds, des points d'appui, s'ils ont la sensibilité.
Je n'explique pas forcément les déformations parce que je manque de connaissances.
Je reconnais une chaussure mal adaptée aux pieds des patients.
Ils sont plutôt contents de venir chez la pédicure. Ils sont généralement contents, ils apprécient le massage.
Ceux qui n'apprécient pas sont psy, n'aime pas les soins au corps, il faut leur mettre en cadre ! Comme les patients borderline, Diogène, dément…
Le protocole de soins des plaies aux pieds comme le panaris est un peu flou et aussi celui des pulmans.

Le souci c'est avec les dames coquettes pour leurs faire comprendre l'importance des pulmans, elles peuvent même parfois les achetées et les laisser cachées dans les placards.
Il faudrait également un double de pulman avec l'incontinence.
J'aimerai être renseigné sur la question :
Qu'est ce qui peut me faire penser que les pieds sont à risques ? Quels sont les signes ?
Les infirmières savent qu'un patient diabétique mais les aides pas forcément car il n'y a plus de régime diabétique.
Je reconnais plus ou moins les mycoses.

Troisième entretien de Me X, infirmière, 12.11.10 :

Je devrais regarder les pieds mais je ne le fais pas toujours, quand même assez souvent….plus quand ils ont la douche car nous sommes sensé coupé les ongles mais dès qu'il y a de la kératose je ne touche pas.
Je regarde la couleur, l'aspect, les ongles…les lésions, la corne, les gerçures.
Mon habitude est de graisser beaucoup, surtout les talons, car il y a beaucoup de frottement. J'ai été hospitalisée, je le sais…
Je regarde les orteils qui se chevauchent.
J'explique pas forcément les déformations car je n'en suis pas capable…et j'ai peur d'effrayer le patient.
Je reconnais une bonne chaussure d'une mauvaise pour le patient. Je suis sensibilisée au problèmes donc plus sensible envers le patient.
Les patients réclament la pédicure…Ceux qui n'ont pas envie sont ceux qui néglige leur hygiène (pas le coiffeur, ne se lave pas les oreilles).
Les pulman sont des bonnes chaussures, les soignants sont généralement très prévoyant – le protocole de la demande de pulman est à revoir.
Je trouve qu'il y a moins de mycoses de la peau qu'avent, et pour les autre je sais les reconnaître et suivons tes indications pour le traitement.
Je connais la neuropathie, le pied à risque est clair pour moi.
Je prends soin de mes pieds.
Avec les années, les pieds prennent une valeur inestimables (piétinement des soignants, longs couloirs).

Annexe 4

Bons réflexes soignants – Bons pieds patients

Pédicure-Podologue sur le site de Loëx, je fais un travail concernant l'Education Thérapeutique du Patient. Le but étant d'éviter les problèmes de pieds le plus possible.

Je vous serais très reconnaissante de remplir ce questionnaire (non nominatif), d'une manière spontanée concernant vos observations et vos actions en mettant une croix dans chaque tableau.

La récolte de ces données me permettra de faire une synthèse des thèmes que nous pourrions aborder ensemble.

Je vous laisse un délai de dix jours pour le remplir, et, le déposer dans l'enveloppe « bons réflexes soignants – bons pieds patients » qui se trouvera dans votre bureau.

N'hésitez pas à raturer si vous voulez rectifier une réponse.

Questionnaire

Profession :

1. J'encourage les patients à parler de leurs pieds

Degré d'importance

Pas important	Important	Très important

Action

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

2. Je regarde les points d'appui des pieds de mes patients

Degré d'importance

Pas important	Important	Très important

Action

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

3. J'explique les déformations des pieds aux patients

Degré d'importance

Pas important	Important	Très important

Action

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

4. J'informe le patient de son soin de pédicure et l'encourage s'il est rétissant

Degré d'importance

Pas important	Important	Très important

Action

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

5. Je leur pose des questions après le soin de pédicure sur le suivi

Degré d'importance

Pas important	Important	Très important

Action

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

6. J'explique à un patient qu'il est Pieds à Risques

Degré d'importance

Pas important	Important	Très important

Action

jamais	Parfois	Souvent	Toujours

7. J'écoute une patiente diabétique portant des chaussures à talons avec empathie et souhaite lui transmettre un message

Degré d'importance

Pas important	Important	Très important

Action

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

Pourriez-vous entourer trois termes (ou plus) qu'il vous plairait d'approfondir lors de l'atelier:

Déformations – Pieds à Risques – Mycoses – Chaussures – Pulmans – Ongles incarnés – Orthèses (+Semelles protection en silicone) – Facteurs de plaies – Pieds de la personne âgées -

Autre proposition :

Ou autres situations qui vous ont posées problèmes exemple : cor, perte de sensibilité, fissure, patient n'aimant pas les soins aux corps, semelle que dans une chaussure.

Un grand merci pour votre participation

Delphine Regat

Annexe 5

Recueil de signes ou de constats pendant le soin de pédicure, préalables à l'établissement du diagnostic éducatif podologique

Le 09.12.10

Mme X, étant à l'hôpital depuis une quinzaine de jours.
Elle a été hospitalisée après avoir chutée.
Je regarde mes pieds surtout quand les ongles sont trop longs. Je n'ai pas l'impression que les soignants les regardent. Je ne m'occupe pas de mes pieds, seulement quelquefois je les crème. Les soignants ne le font pas et je fais ma toilette seule. Mes pieds ne me font pas mal. J'étais d'accord pour venir au soin de pédicure car mes ongles étaient trop longs. J'ai été deux fois chez la pédicure de ma vie pour rentrer à l'hôpital. J'ai des ongles épais, je ne sais pas pourquoi ? Chez nous, nous étions six et le pied n'était pas une priorité. Je ne trouve pas que le pied soit joli, sauf les pieds des bébés qui sont « amours ».Je n'ai pas de mal a toucher mes pieds mais a me relever.

Constats regroupés de la patiente concernant ses propres actions et importance apportées à ses pieds :

- Je ne regarde pas mes pieds
- Je ne m'occupe pas de mes pieds
- Mes pieds ne me font pas mal
- Je ne vais pas chez la pédicure
- Le pied n'est pas beau
- Le pied n'est pas une priorité

Analyse des constats – Déductions hypothétiques décrivant les situations éducatives du patient
Il semblerait que l'absence de douleur entraîne une banalisation du pied.
Son pied est peu important.
Patiente n'ayant pas parlé de la chute, ni établie une corrélation avec le chaussage.

Constatation de la patiente en ce qui concerne les attitudes des soignants :

- Les soignants ne regardent pas mes pieds
- Les soignants ne crèment pas mes pieds

Déductions hypothétiques décrivant les situations expliquant les situations éducatives des soignants
Impression que les soignants ne sont pas forcément attentifs aux pieds, manque d'information, de prévention aux patients.

Besoins éducatifs exprimés par le patient :
« Pourquoi ai-je des ongles épais ? »

Nouveaux besoins perçu par la patiente face à son handicap physique
« Mes ongles étaient trop longs, j'ai demandé le soin de pédicure. Je n'ai pas de mal a toucher mes pieds mais en revanche à me relever. »

Besoin éducatif non perçu par la patiente
Revalorisation du pied en l'intégrant à l'ensemble du corps comme tout autre organe.

Le 09.12.10

Mr X, hospitalisé depuis plus d'un an dans les hôpitaux, ayant de gros problèmes artériels.

J'observe mes pieds car j'ai eu l'ongle du gros orteil sensible jusqu'à ce qu'on me nettoie l'artère.
J'ai entendu parler des ongles incarné qu'on peut prévenir si on surveille.
Jusqu'à présent je faisais l'hygiène alimentaire moi-même. Maintenant, je suis limité dans la souplesse.
Je n'ai pas l'impression que les soignants regardent mes pieds.
J'ai un pansement au talon car j'ai cogné contre le lit. J'allais me lever et mettre mes chaussures et comme je suis sous Sintrom ça a très fortement saigné.
Les soignants ne m'ont pas parlé de mes pantoufles.
Je ne mets pas de crème à mes pieds, c'est plus ma femme ou les infirmières. Les soignants ne m'ont pas dit de protéger mes pieds.
Dans la nuit, je me réveille car mes pieds me brûlent, me fourmillent, s'est désagréable, ça me réveille. J'en ai pas parlé au médecin, ni aux infirmières.
J'accepte d'essayer une paire de Pulman car je comprends que mes pantoufles ne sont pas adaptées

Constats relatifs à l'importance et actions du patient porté à ses pieds :
J'observe mes pieds
Si on surveille, on peut prévenir (ongle incarné)
Jusqu'à présent, je fais l'hygiène alimentaire moi-même
Je ne leurs met pas de crème mais j'ai la peau très sèche
Je n'ai pas conscience d'avoir des pieds à risques

Déductions hypothétiques décrivant les situations éducatives du patient
Patient ayant certaines connaissances podologiques les mettant en pratique comme le fait d'observer ses pieds.
En revanche, ce patient présente une ambivalence en ne mettant pas toujours en pratique les bons réflexes concernant ses pieds (« j'ai les pieds secs, je ne me les crème pas).
Expliquer les bienfaits et l'importance de se crémer les pieds.
Expliquer les Pieds dit à Risques.
A besoin de comprendre les caractéristiques d'un chaussage adapté

Constats du patient concernant ses pieds fait par les soignants :
Je n'ai pas l'impression que les soignants regardent mes pieds
Les soignants ne m'ont pas parlés de mes pantoufles

Déductions hypothétiques qui expliqueraient les situations éducatives pour le soignant
Observer le pied du patient
Parler du pied avec le patient
Expliquer le pied à risque au patient
Connaître les critères d'une bonne chaussure

Le 23.12.10

Mme X, hospitalisée pour une Hyper Tension Artérielle Pulmonaire.

Mes pieds c'est important. Chez moi, je mets de la crème. Je vais chez la pédicure toutes les six semaines.

Je suis sous Sintrom.
J'ai quelquefois mal aux pieds car j'ai de l'arthrose.
Je n'ai pas l'impression que les soignants regardent mes pieds ou me parlent de mes pieds, et pas de mes chaussures non plus.
J'ai des pantoufles à l'hôpital.
Je ne suis pas été éduqué sur les soins de pieds.
La première fois que j'ai été chez la pédicure j'avais un cor et ressortie de chez elle, j'avais des ailes.
Depuis, j'ai continué…puis j'aime bien ma pédicure, ça fait tellement longtemps que j'y vais !

Constats relatifs à l'importance et actions du patient porté à ses pieds :
Cette patiente apporte une grande importance à ces pieds et les entretiens régulièrement. Le point déclencheur fut la douleur le cor !
De même, le fait de les entretenir a révélé l'importance du pied chez cette patiente.

Déductions hypothétiques qui expliqueraient les situations éducatives pour le soignant
A priori pas de situation éducative a apporté à la patiente

Constats du patient concernant ses pieds fait par les soignants :
Je n'ai pas l'impression de les soignants regardent ou parlent de mes pieds.
Non plus de mes chaussures.

Déductions hypothétiques qui expliqueraient les situations éducatives pour le soignant
Apprendre à regarder les pieds du patient
Parler des pieds du patient, lui poser des questions au sujet de ces pieds
Parler des chaussures avec le patient

Annexe 6

Hôpitaux Universitaires de Genève

25.02.2011

Evaluation de l'atelier du pied à risque

Données concernant les participants

Profession :

Expérience professionnelle

□ <1an □ 1 à 3ans □ 3 à 5ans □ 5 à 10ans □ >10 ans

1. De votre point de vue….

Le contenu présenté était :

□ Très satisfaisant □ Satisfaisant □ Peu satisfaisant □ Pas satisfaisant

Les thèmes abordés répondaient à vos attentes d'une manière :

□ Très satisfaisante □ Satisfaisante □ Peu satisfaisante □ Pas satisfaisante

Si peu ou pas satisfaisant, de quels compléments auriez-vous besoin ?

□ Pied à risque
□ Les facteurs favorisant les plaies
□ Les déformations
□ Autre :

La méthode de présentation était :

□ Très satisfaisante □ Satisfaisante □ Peu satisfaisante □ Pas satisfaisante

2. Cochez ce qui vous semble le plus important dans la prise en charge du pied à risque après cet atelier ? (Plusieurs réponses possibles)

□ Détecter le pied à risque
□ Informer le patient
□ Transférer vos connaissances au patient ou a son entourage
□ Etre vigilant au suivi des soins
□ Autre :

3. Vous semble t-il important d'expliquer les déformations au patient ?

□ Très important □ Important □ Peu important □ Pas plus qu'avant

4. Vous semble t-il important d'encourager les patients à parler de leurs pieds ?

□ Très important □ Important □ Peu important □ Pas plus qu'avant

La dénomination des différentes catégories professionnelles s'entend aussi bien au féminin qu' masculin tout le long du texte

5. Vous semble t-il important de leur parler du suivi du soin de podologie ?

□ Très important □ Important □ Peu important □ Pas plus qu'avant

6. De votre point de vue….

La possibilité de transférer le contenu de l'atelier dans votre pratique sera :

□ Tout à fait possible □ Plutôt possible □ Plutôt pas possible □ Pas du tout possible

Pourquoi :

7. Cochez les obstacles que vous voyez dans l'application d'une prise en charge du pied à risque ? (Plusieurs réponses possibles)

□ Manque de temps
□ Charge de travail
□ Désaccord avec ma hiérarchie
□ Capacités cognitives du patient
□ Oubli
□ Considéré comme un facteur secondaire pour moi
□ Considéré comme un facteur secondaire pour le patient
□ Cohérence de l'équipe

8. Que vous a apportés l'atelier concernant votre attitude/réflexes envers le pied ?

□ Une re-sensibilisation
□ De la curiosité
□ De la confusion
□ Une surcharge
□ Un recadrage
□ Des outils de communication

9. Globalement, je dirais que cet atelier me permettra….

D'améliorer la qualité des prestations de soins que j'offre aux patients :

□ Tout à fait d'accord □ Plutôt d'accord □ Plutôt pas d'accord □ Pas d'accord du tout

D'améliorer mon développement personnel :

□ Tout à fait d'accord □ Plutôt d'accord □ Plutôt pas d'accord □ Pas d'accord du tout

10. Souhaiteriez-vous suivre un atelier pieds à risque dans le cadre d'une formation continue ?

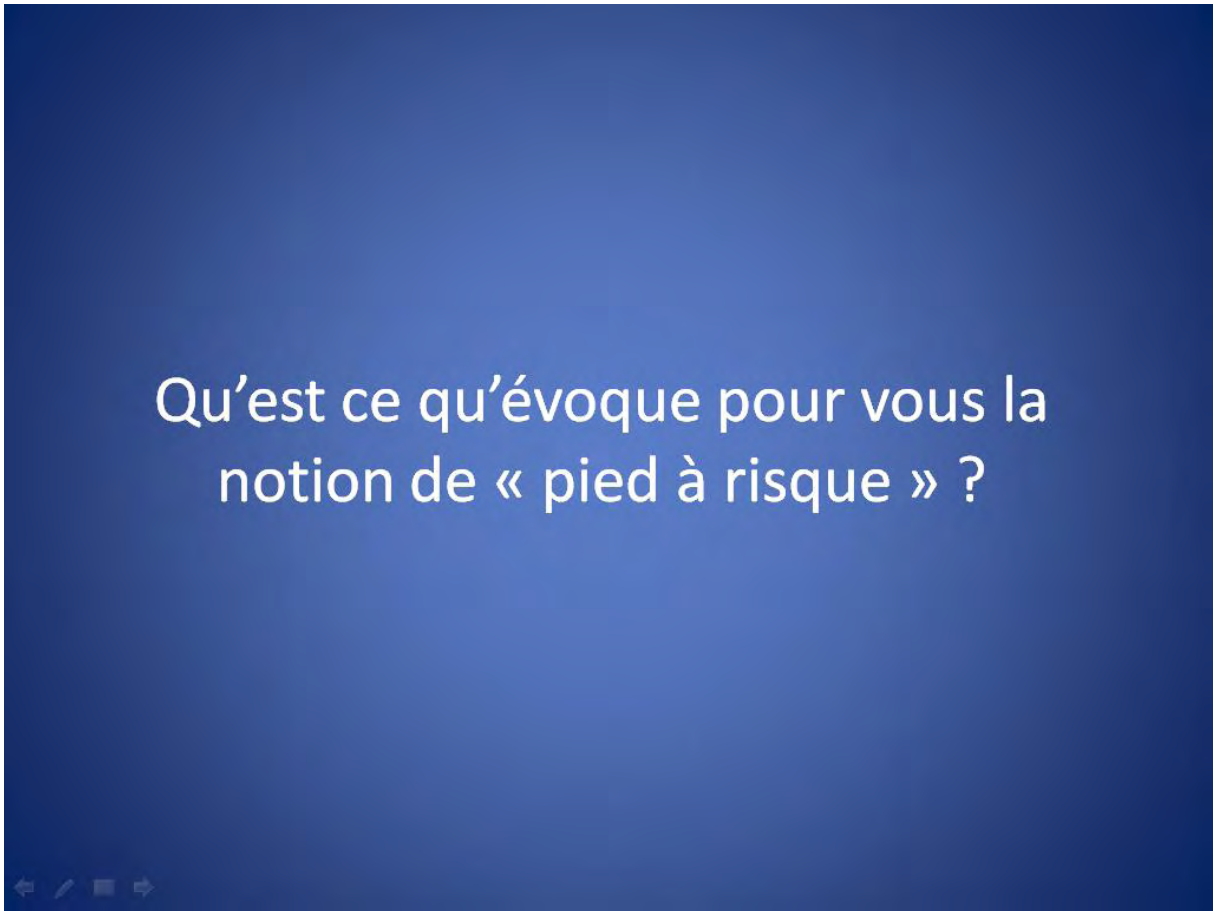
□ Non, je ne le souhaite pas
□ Un suivi d'une intervention par année
□ Plus d'une intervention par an, indiquez le nombre s.v.p. :

Un grand merci à tous pour votre accueil et disponibilité !

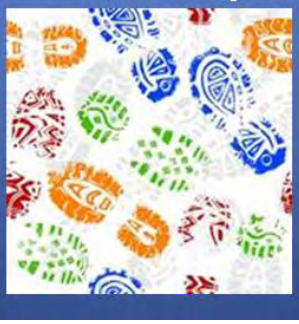
La dénomination des différentes catégories professionnelles s'entend aussi bien au féminin qu' masculin tout le long du texte

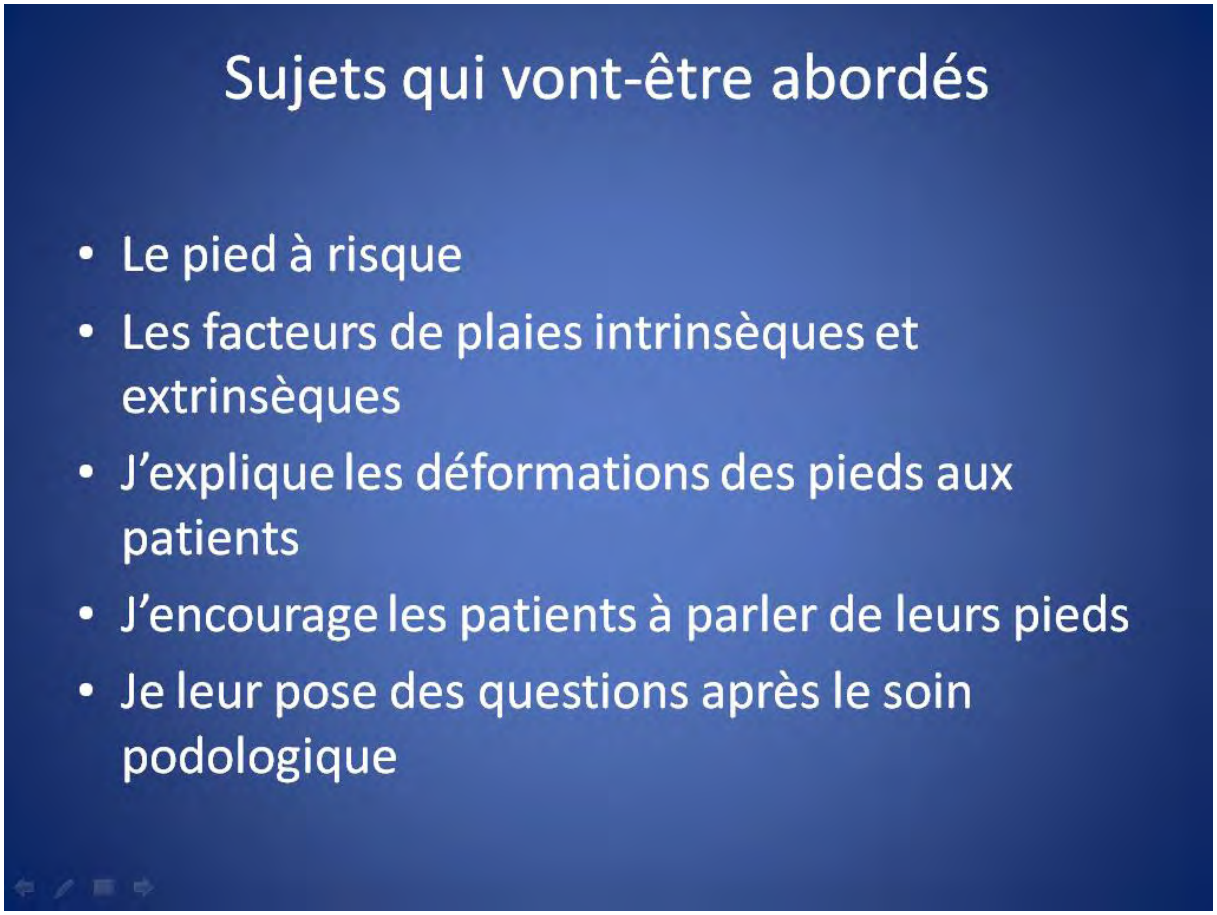
Annexe 7

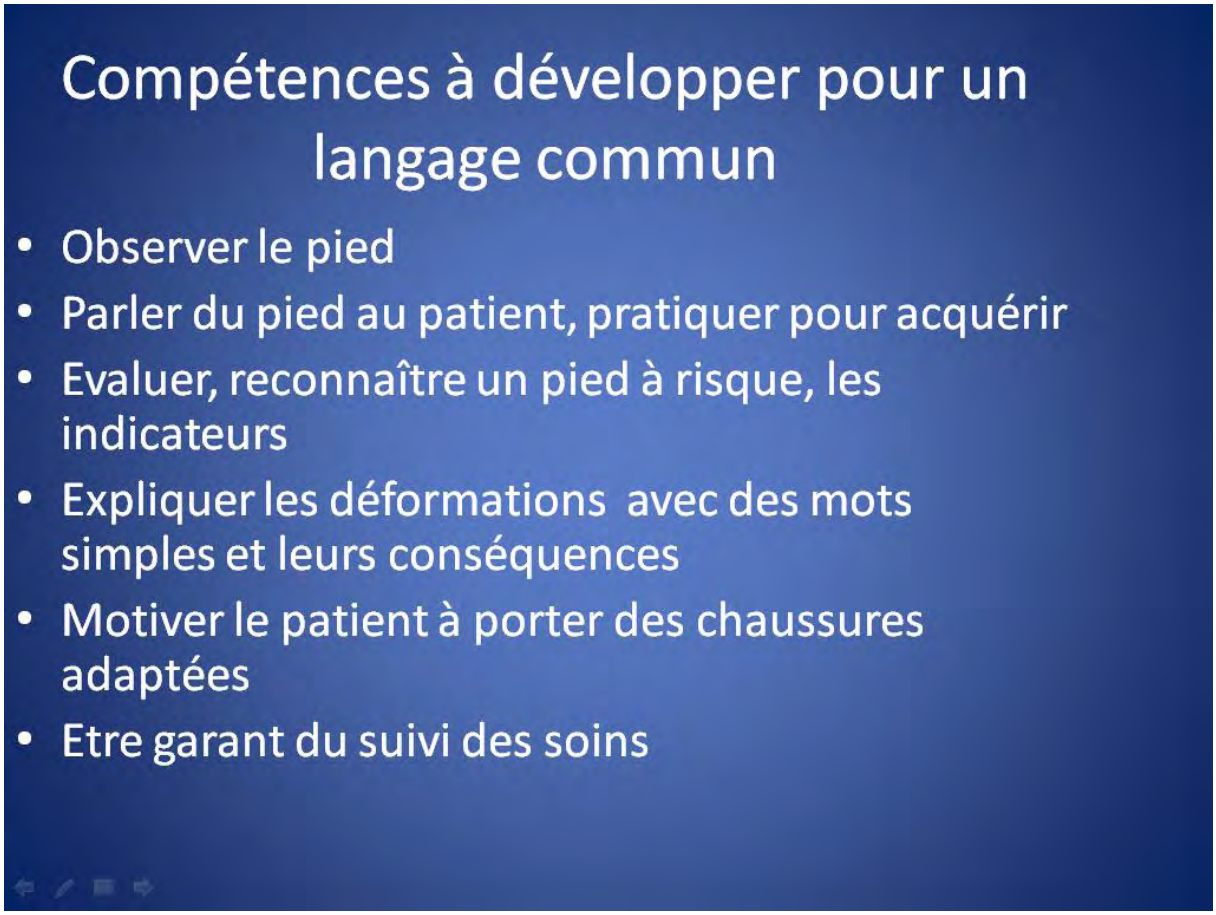
L'atelier « Pieds à Risques »
à l'intention
des soignants
de l'Arve-Rez
Diplôme de formation d'Education thérapeutique du Patient
Action choisie pour projet de mémoire
Regat Delphine
Pédicure-Podologue
Hôpital de Loëx
Genève
2011
HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève


Qu’est ce qu’évoque pour vous la notion de « pied à risque » ?

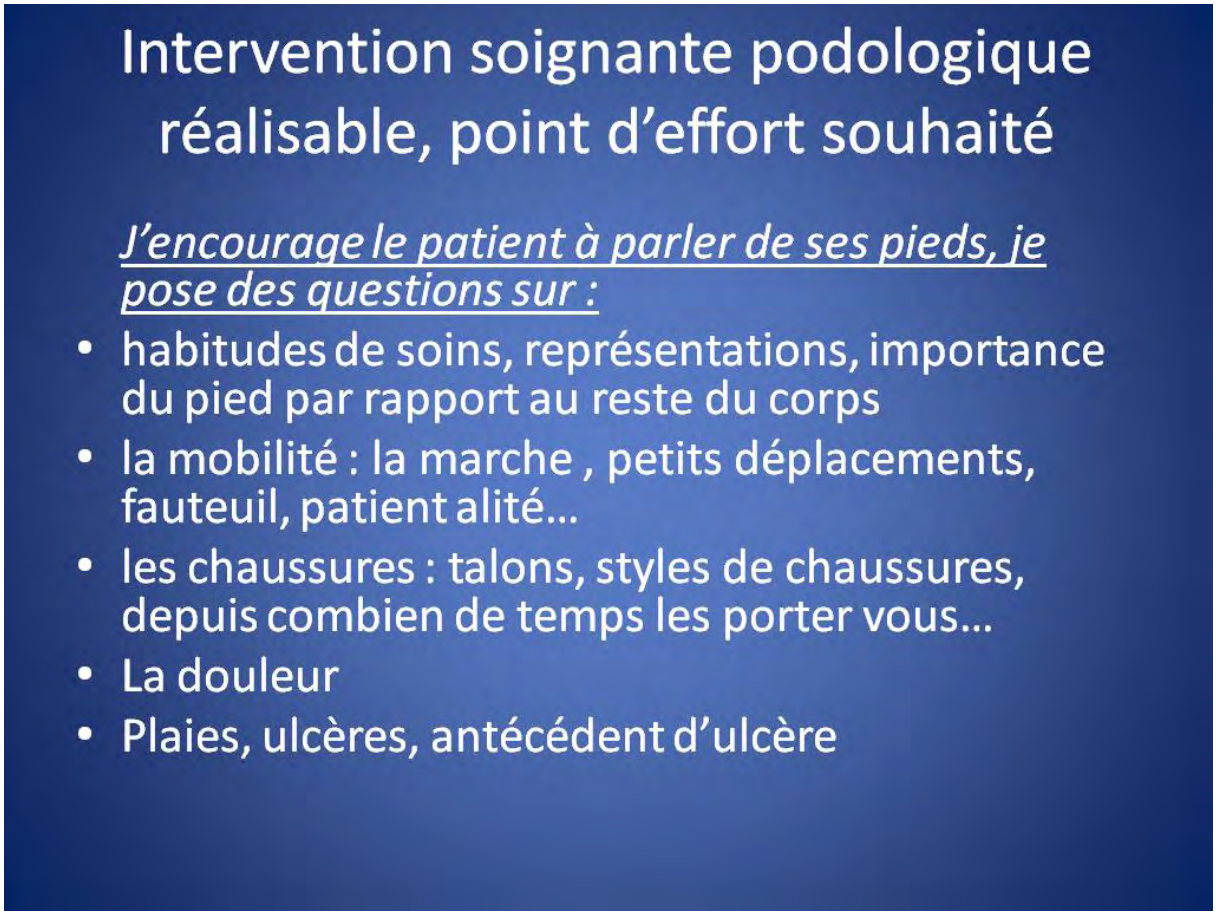
Quel est selon vous l'intérêt d'identifier rapidement un patient porteur d'un « pied à risque » ?

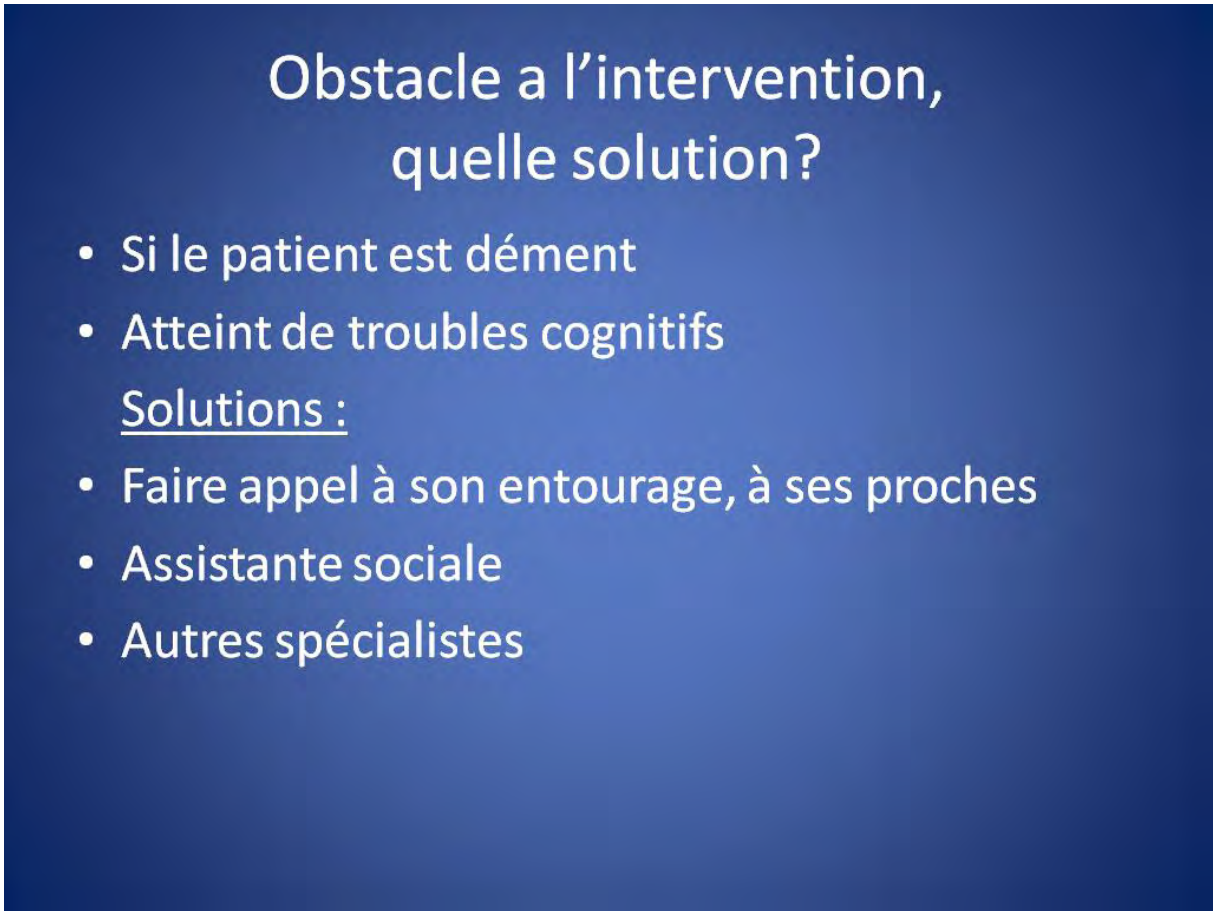



Sujets qui vont-être abordés
• Le pied à risque
• Les facteurs de plaies intrinsèques et extrinsèques
• J'explique les déformations des pieds aux patients
• J'encourage les patients à parler de leurs pieds
• Je leur pose des questions après le soin podologique


Compétences à développer pour un langage commun
• Observer le pied
• Parler du pied au patient, pratiquer pour acquérir
• Evaluer, reconnaître un pied à risque, les indicateurs
• Expliquer les déformations avec des mots simples et leurs conséquences
• Motiver le patient à porter des chaussures adaptées
• Etre garant du suivi des soins

Les objectifs
L'objectif général
d'augmenter les compétences éducatives des participants
Renforcer les connaissances podologiques.
Les objectifs spécifiques concernant les connaissances :
Reconnaître et expliquer le Pied à Risque aux patients
Connaissances des principaux facteurs de plaies intrinsèques et extrinsèques
Expliquer les déformations des pieds les plus souvent retrouvées
Les objectifs spécifiques concernant les aptitudes :
Le soignant encourage le patient à parler de ses pieds
Le soignant pose des questions après le soin de pédicure


Intervention soignante podologique réalisable, point d'effort souhaité
J'encourage le patient à parler de ses pieds, je pose des questions sur :
• habitudes de soins, représentations, importance du pied par rapport au reste du corps
• la mobilité : la marche , petits déplacements, fauteuil, patient alité…
• les chaussures : talons, styles de chaussures, depuis combien de temps les porter vous…
• La douleur
• Plaies, ulcères, antécédent d'ulcère


Obstacle a l'intervention, quelle solution?
• Si le patient est dément
• Atteint de troubles cognitifs
Solutions :
• Faire appel à son entourage, à ses proches
• Assistante sociale
• Autres spécialistes

Facteurs d'écoute et de compréhension

- Contact visuel
- Attitude corporelle
- Absence de gestes parasites
- Absence d'interruption
- Non jugement
- Reformulation
- Résumé
- Soutien
- Commentaire adapté

Caractéristique d'un pied à risque
Pathologie neurologique et/ou vasculaire
Incapacité pour les personnes porteuses de ressentir la douleur, la chaleur ou les points de pression
absence totale ou partielle du signal d'alarme lié à l'insensibilité

Reconnaître le pied neuropathique
= Pied à Risque

Patients souvent accompagnés de troubles de la sensibilité :

Affections neurodégénératives (sclérose en plaque amyotrophique, sclérose en plaque)

Accidents vasculaires cérébraux et hémiplégiques, para- ou tétraplégiques

Maladies infectieuses (HIV, SIDA)

Maladies métaboliques (alcoolisme chronique, déficits vitaminiques)

Pour garder beaux pieds, il est bon de savoir que :

Le pied atteint de neuropathie – Perte de signal d'alarme

Reconnaître le pied neuropathique (1)

Les indicateurs :

Les sensations souvent nocturnes

Reconnaître le pied neuropathique (2)

Modifications osseuses et articulaires

Les tests

Le pied neuropathique : Paroles de patients

L'acteur de sa maladie, le patient, ses paroles pouvant nous faire penser à une neuropathie

Je n'ai jamais mal aux pieds même si je marche sur un terrain accidenté pieds nus, on me dit de ne pas marcher pieds nus, mais moi j'aime me sentir libre !

J'ai retrouvé une punaise dans mes chaussures, c'est étonnant non !

Je peux marcher sur le sable brulant sans le craindre !

L'autre jour, j'ai été au jardin. Je suis rentré chez moi et j'avais un clou rouillé enfoncé dans mon pied. Je n'ai rien senti, je supporte vraiment bien la douleur !!!

Il parait que je n'ai plus de sensibilité aux pieds, mais je ne sens pas que je ne sens plus....j'ai simplement l'impression d'avoir les pieds dans du coton

La nuit ça me gratte à l'intérieur du pied et parfois ça me fait des décharges électriques et comme des coups de couteau !

Reconnaître le pied artériopathique (1) = Pied à risque

Indicateurs :

Douleurs a la marche ou a l'effort, froid aux jambes

Claudication intermittente

Pied douloureux froids, pâles

Bleus lorsqu'ils pendent longtemps en position assise

Blancs quand on les surélève

Peau fine et brillante

Pieds maigre, atrophique

Ongles épaissis, dépilation

Pouls non ou mal perçus

Reconnaître le pied artériopathique avancé (2)

Troubles trophiques au niveau du pied

peau amincie et sèche, petite plaie lente à cicatriser, fissuration interdigitale ;

dépilation ;

atrophie musculaire ;

ongle cassant et strié ;

ulcération cutanée (dos des orteils, plante) ;

gangrène (gros orteil)

Facteurs qui entraînent des artériopathie des membres inférieures

Tabac
Hypertension artérielle
Dyslipoprotéinémie
Diabète
Cholestérol

Le pied artériopathique : Paroles de patient

L'acteur de sa maladie, le patient, ses paroles pouvant nous faire penser à une artériopathie

Je ne comprends pas, dès que je marche un peu, j'ai des crampes dans les mollets et je suis obligé de m'arrêter pour que ça passe.
Moi qui étais si sportif !....

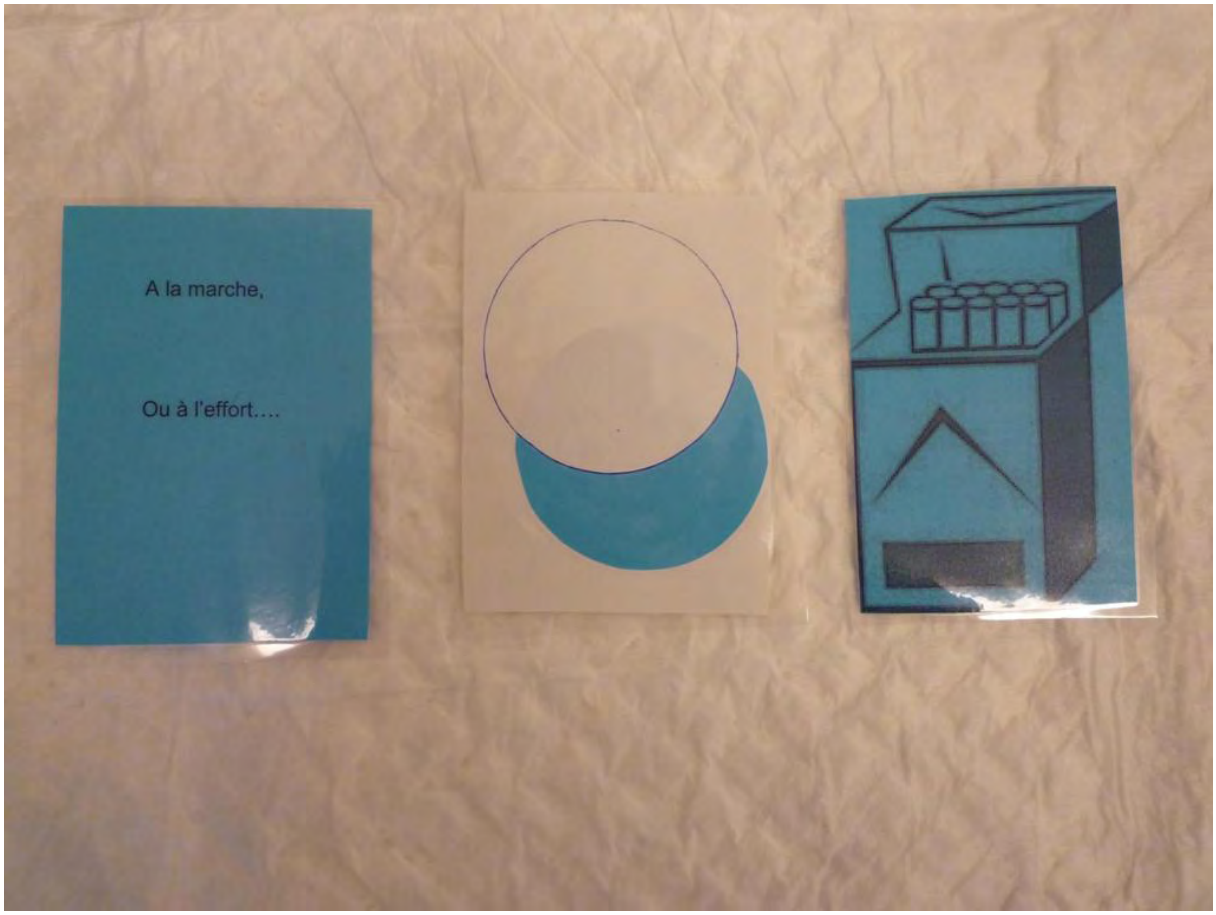
L'artérite touche préférentiellement les fumeurs et les diabétiques.

Mes pieds sont bleus et parfois blancs quand je les relève.

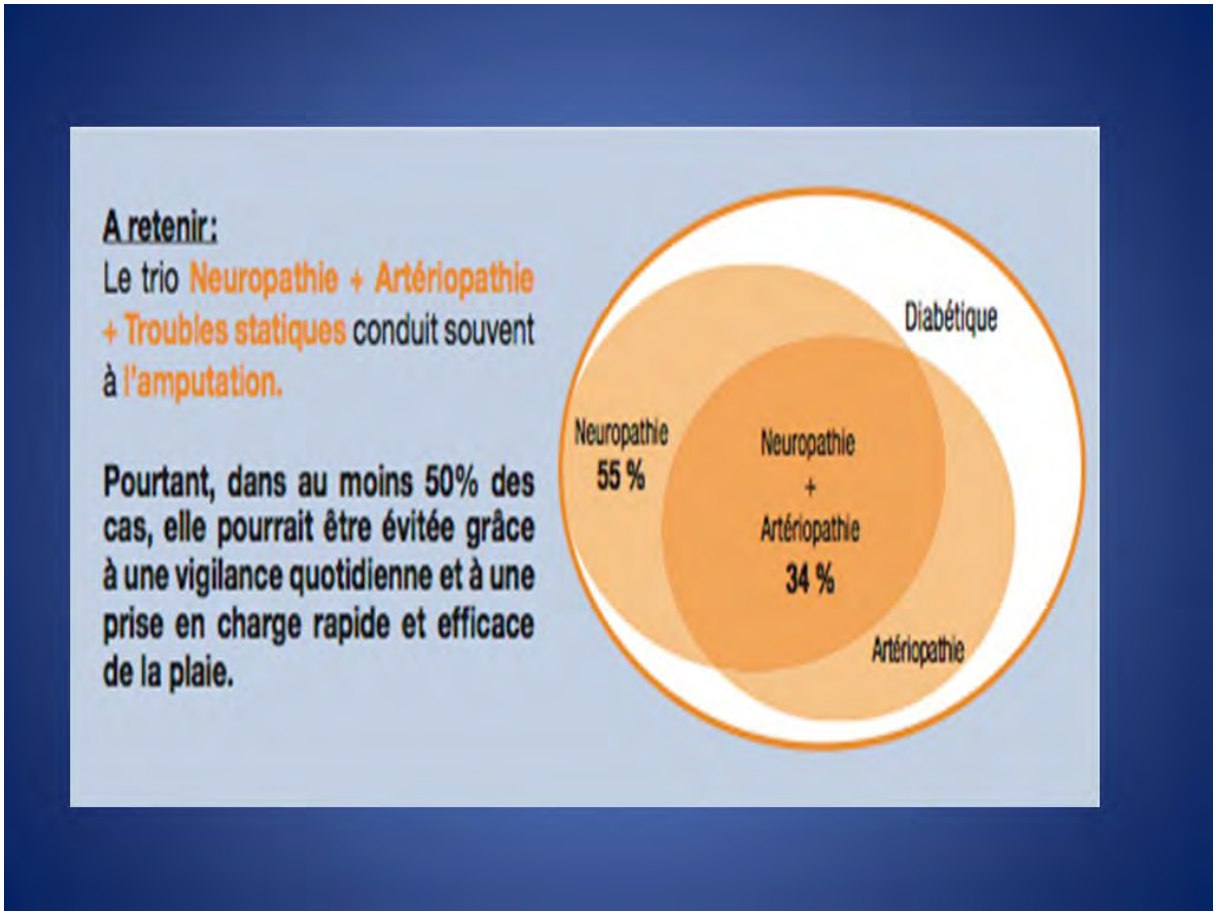
Il m'arrive même de devoir dormir assis !

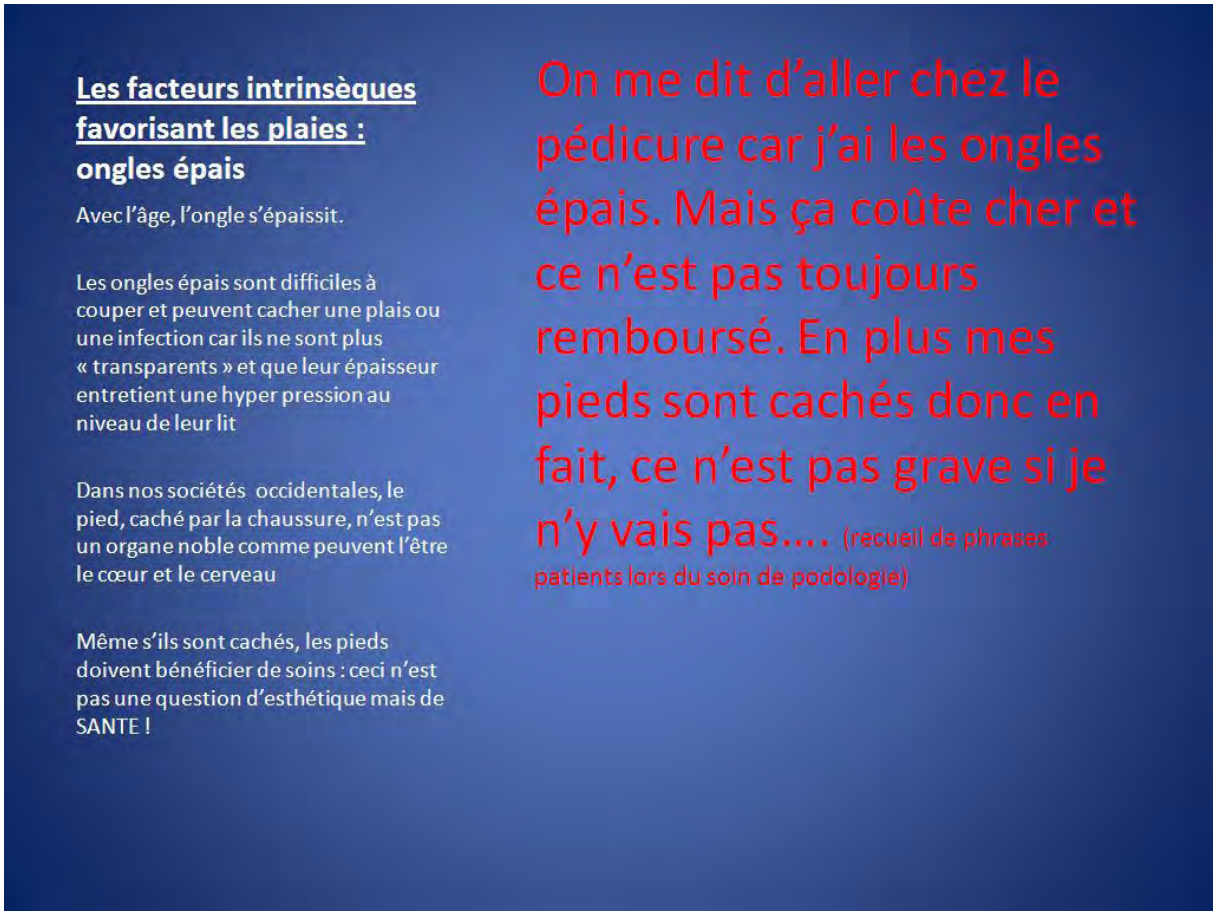
J'ai froid aux pieds et mes ongles sont mous et très fragiles.
En plus, si je me blesse, ça ne veut pas cicatriser.

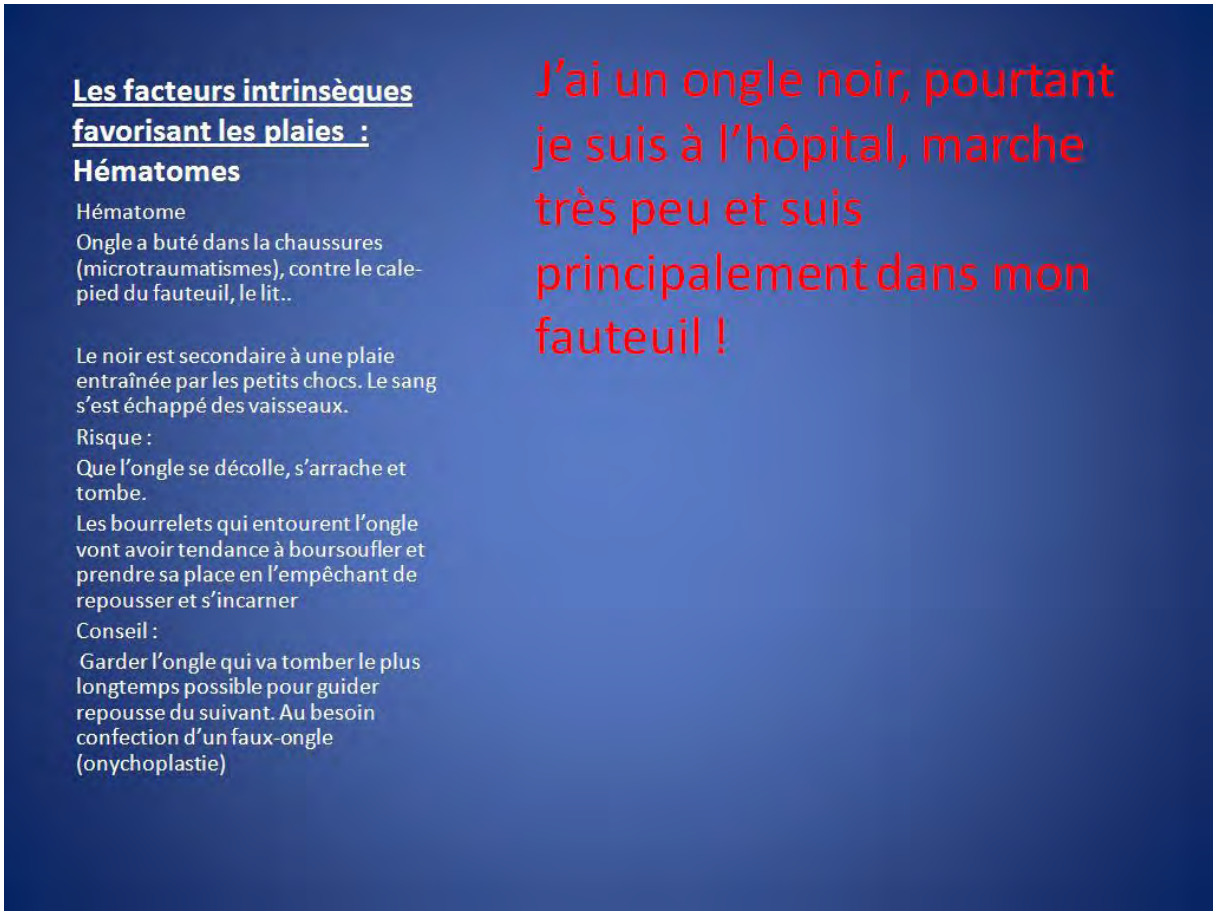
La dénomination des différentes catégories professionnelles s'entend aussi bien au féminin qu' masculin tout le long du texte



La dénomination des différentes catégories professionnelles s’entend aussi bien au féminin qu’ masculin tout le long du texte


A retenir:
Le trio Neuropathie + Artériopathie + Troubles statiques conduit souvent à l'amputation.
Pourtant, dans au moins 50% des cas, elle pourrait être évitée grâce à une vigilance quotidienne et à une prise en charge rapide et efficace de la plaie.
Diabétique
Neuropathie
55 %
Neuropathie
+
Artériopathie
34 %
Artériopathie


Les facteurs intrinsèques favorisant les plaies :
ongles épais
Avec l'âge, l'ongle s'épaissit.
Les ongles épais sont difficiles à couper et peuvent cacher une plais ou une infection car ils ne sont plus « transparents » et que leur épaisseur entretient une hyper pression au niveau de leur lit
Dans nos sociétés occidentales, le pied, caché par la chaussure, n'est pas un organe noble comme peuvent l'être le cœur et le cerveau
Même s'ils sont cachés, les pieds doivent bénéficier de soins : ceci n'est pas une question d'esthétique mais de SANTE !
On me dit d'aller chez le pédicure car j'ai les ongles épais. Mais ça coûte cher et ce n'est pas toujours remboursé. En plus mes pieds sont cachés donc en fait, ce n'est pas grave si je n'y vais pas.... (recueil de phrases patients lors du soin de podologie)


Les facteurs intrinsèques favorisant les plaies :
Hématomes
Hématome
Ongle a buté dans la chaussures (microtraumatismes), contre le cale-pied du fauteuil, le lit..
Le noir est secondaire à une plaie entraînée par les petits chocs. Le sang s'est échappé des vaisseaux.
Risque :
Que l'ongle se décolle, s'arrache et tombe.
Les bourrelets qui entourent l'ongle vont avoir tendance à boursoufler et prendre sa place en l'empêchant de repousser et s'incarner
Conseil :
Garder l'ongle qui va tomber le plus longtemps possible pour guider repousse du suivant. Au besoin confection d'un faux-ongle (onychoplastie)
J'ai un ongle noir, pourtant je suis à l'hôpital, marche très peu et suis principalement dans mon fauteuil !

Autres facteurs de plaies intrinsèques favorisant les plaies :

-Mycoses qui peut entraîner :

-Risque de contamination

-Risque de plaies

-Risque de surinfection pouvant conduire à une érysipèle (fièvre et sensation de brûlure type « fer à repasser »)

-Cors, durillons, hyperkératose

Mon avant pied est en forme de triangle, c'est normal ?

Facteurs intrinsèques favorisant les plaies

-Ampoules (phlyctène), plaies correspondant à des brûlures. Si elles sont ouvertes risque infectieux, si elles sont fermées évacuer le liquide avec matériel stérile. La peau est le meilleur des pansements

- Crevasses talonnières

-Ongles abimés, cassant

- Hallux-valgus

-Orteils en marteau, en griffe

-Polyarthrite Rhumatoïde

- Quintus Varus

-Transpiration

-Verrues

Facteurs extrinsèques favorisant les plaies :

La chaussure (1)

Caractéristiques d'une bonne chaussure :

-Matériaux souples et sans couture intérieure

-Tige suffisamment haute à l'arrière

-Présence de contreforts

-Talon large et plat

-Semelle fine et ferme avec surface antidérapante

- Relevé de bout

-Fermeture velcro

Chez la personne âgée, des chaussures adaptées améliorent la marche et diminuent le risque de chute (Programme de réhabilitation Chutes et Ostéoporose, HUG)

Facteurs extrinsèques favorisant les plaies

La chaussure (2)

Recommandations :

-Acheter les chaussures en fin de journée

-Toujours essayer le pied le plus fort en premier lieu

-Les orteils doivent bouger librement

-La chaussure doit être légère

-Toujours inspecter l'intérieur de la chaussure avec la main

Ce n'est pas au pied de se conformer à la chaussure mais l'inverse !! Le pied vit à la marche, s'allonge et doit pouvoir jouer le rôle d'un ressort.

Les facteurs extrinsèques favorisant les facteurs de plaies

-Attention au choix du chaussant

porté le plus longuement au cours de la journée

- Choix d'un chausson ou une chaussure thérapeutique à usage permanent

Facteurs extrinsèques favorisant les plaies

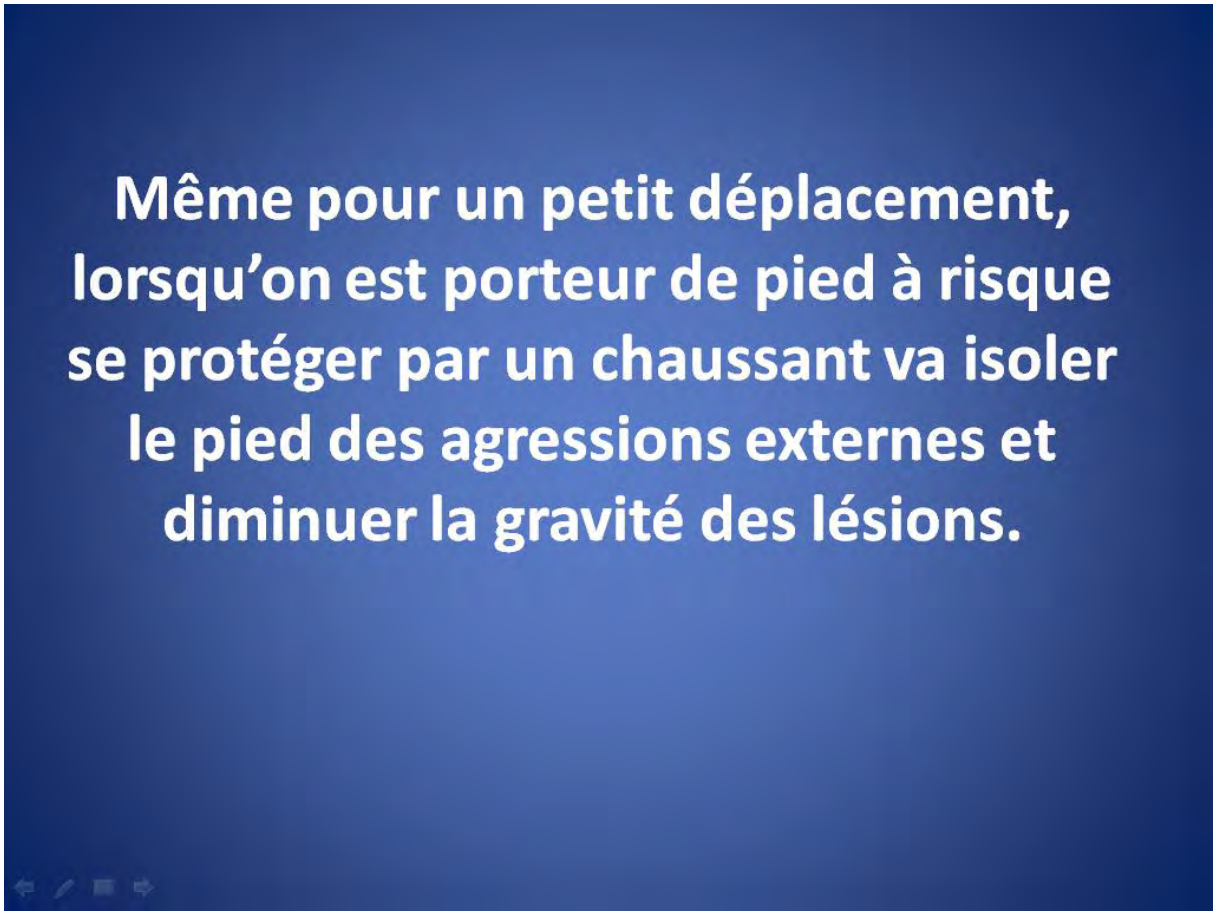
-Absence du reflexe de préserver le pied chez un patient neuropathique

- Ne sent pas la chaleur

-Sources de chaleur responsables de brûlures chez les patient porteur de « pied à risques » :

- cheminée
- bouillotte, couverture chauffante
- sable, marbre, sols chauds
- bains
- chauffage de voiture
- casserole d'eau ou de thé bouillants
- absence de crème protectrice sur des pieds chaussés d'espadrilles

A l'hôpital, un patient est arrivé avec les pieds brûlés en restant près de sa cheminée pendant la sieste.


Même pour un petit déplacement, lorsqu'on est porteur de pied à risque se protéger par un chaussant va isoler le pied des agressions externes et diminuer la gravité des lésions.

J'explique les déformations au patient :

L'Hallux – Valgus (oignon)

Déviation du gros orteil vers les autres orteils. La tête du premier métatarsien est plus dégagée et devient saillante : L'exostose interne ou « oignon » se forme.

Patients les plus touchés :

-Congénital

- Prédisposition féminine
- Chez le pied égyptien

-Personne avec chaussures étroites, pointues

-Conséquences :

-Métatarsalgies sous 2ème et 3ème têtes

- Des orteils en griffes pour augmenter l'adhérence
- Des cors entre les orteils et en dorsal

J'explique les déformations au patient :

Orteils en griffes ou en marteaux

Angulation importantes entre deux phalanges

Matériel podologique de correction :

L'orthoplastie

orteil en griffe

Orteil en marteau

J'explique les déformations à mes patients :

L'ongle incarné

Pénétration de l'ongle, du bord unguéal dans les parties molles.

Facteurs favorisant :

-La coupe d'ongle (en rond), coupe carré préconisée

- Chaussures étroites
- Certaines pathologies neuropathique
- Mauvais déroulement du pas

-Forme et nature des ongles (épaississement)

j'explique les douleurs/déformations au patient :

Douleurs plantaires, métatarsalgies

-En regard des têtes métatarsiennes tissu (capiton plantaire) plus épais de 1 cm que sur le reste du corps

- Plus épais de 2 cm en regard des talons

-Tissu qui se déforme, s'étale et réparti équitablement les pressions en tant normal.

Facteurs responsable de l'altération

- L'âge
-Station debout prolongée
- Pratique intensive d'un sport sollicitant beaucoup l'avant-pied.

Pourquoi expliquer les déformations des pieds aux patients ?

Je leur pose des questions après le soin de podologie

-Le soin s'est-il bien passé ?

- Avez-vous besoin d'un suivi pour vos pieds ?

- Quel est l'intervalle entre deux soins, ou quand retournerez-vous en soin ?

réponse: tous les deux mois environ chez un patient qui n'est pas pied à risque ,et, **toutes les quatre ou six semaines pour un patient pieds à risque.**

-Etablir le lien entre vous et moi

- Me rappeler si patient se plaint trois jours après traitement ou constatation de votre part

- Permet le suivi consciencieux des soins

- Permettre le suivi à long terme

- Où pourrait figurer le terme « Pied à risques »?

Mes ongles sont longs, j'avais pensé que les soignants reprendraient rendez-vous plus vite !

La dénomination des différentes catégories professionnelles s'entend aussi bien au féminin qu' masculin tout le long du texte

Annexe8

SOINS DE PÉDICURIE

Nom : Prénom : Date de naissance :

Unité : Allondon 1

☐ Diabète ☐ Atteinte neurologique ☐ Atteinte artérielle

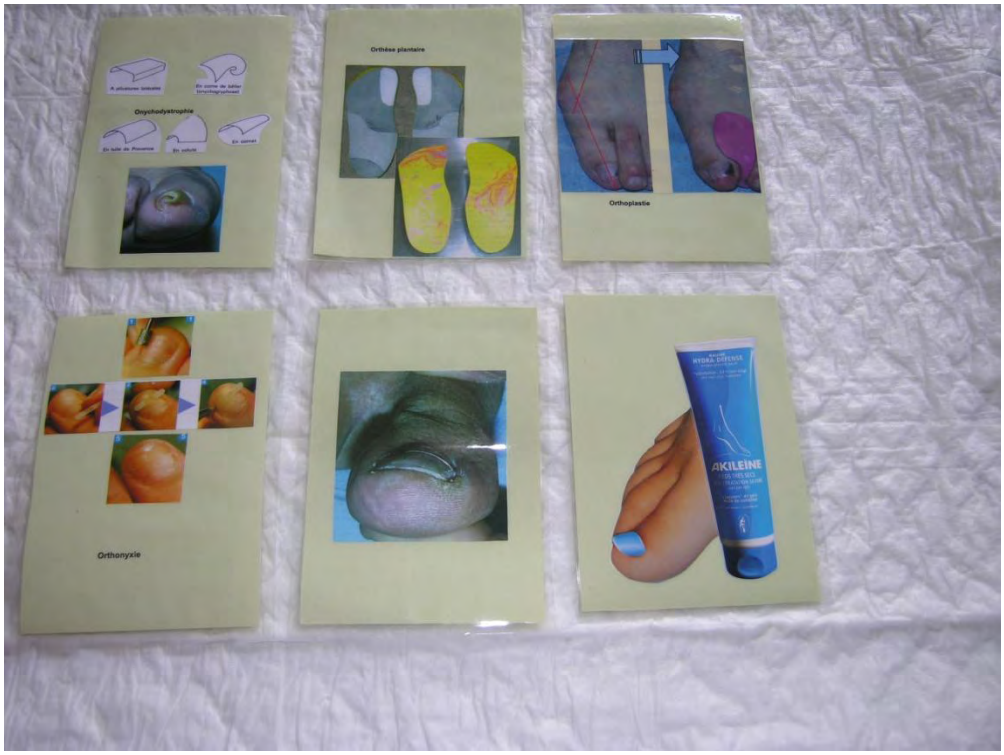
☐ Allergie ☐ Traitement anticoagulant ☐ MRSA

Facteurs de risque	**Pied Droit**	**Pied Gauche**
Sensibilité superf.	☐Absente ☐Diminuée ☐Conservée	☐Absente ☐Diminuée ☐Conservée
Pallesthésie	Gros orteil 0/8 Malléole int. 0/8	Gros orteil 0/8 Malléole int. 0/8
Pulsations périph. A. pédieuse A. tibiale post.	☐ Absent ☐ Présent ☐ Absent ☐ Présent	☐ Absent ☐ Présent ☐ Absent ☐ Présent
Système veineux	☐ Varices ☐ Discoloration	☐ Varices ☐ Discoloration
Déformations		

Détails de soins *- consultations*

	Date	**Coup d'ongle** oui/non | fréquence	**Kératoses** (localisation)	**Traitement local**	**Chaussures** (commentaires)
1.		☐			
2.		☐			
3.		☐			
4.		☐			
5.		☐			
6.		☐			
7.		☐			

Annexe 9



La dénomination des différentes catégories professionnelles s'entend aussi bien au féminin qu' masculin tout le long du texte

Annexe 10

Texte relatif à l'entretien motivationnel concernant les chaussures :

Un soignant qui communique

- Soignant : Bonjour Madame, je vois vos chaussures, pourriez-vous m'en parler ?
- Patiente : Oh, c'est des chaussures de femme, avec des talons évidemment, et, serrées à l'avant, j'aime être élégante !
- Soignant : Bravo, c'est une très belle qualité que d'être élégante pour une dame.
  Vos pieds supportent-ils bien ses chaussures ?
- Patiente : Très bien !
- Soignant : Avez-vous déjà fait des chutes ?
- Patiente : Oui, une ou deux fois mais rien de grave !
- Soignant : Si je comprends bien vous êtes tombée, par conséquent vous êtes plus attentive à votre stabilité, à avoir un périmètre de marche confortable…
- Patiente : Oui, je fais attention ou je marche !
- Soignant : Vous faites attention ou vous marcher et vous porter des talons
  Si vous portiez des chaussures moins hautes quelles inconvénients cela vous apporteraient et quelles avantages pourriez vous obtenir?
- Patiente : Bien, peut-être qu'avec des talons moins hauts je serais plus stables mais sans talons je ne peux pas ça me fais mal aux mollets!
- Soignant : Effectivement, je vous entends bien! Plus le port de talons est quotidien et, plus le mollet a tendance à se rétracter car la position n'ai pas physiologique.
  La position physiologique est respectée avec un type de chaussure physiologique.
  Avez-vous une petite idée de ce que serait une chaussure physiologique ?
- Patiente : Une chaussure assez large, pas trop haute, confortable
- Soignant : Bravo, c'est exactement ça !
  Vos pieds méritent bien ce privilège, n'est-ce pas ?
- Patiente : Oui, certainement.
- Soignant : Puis, argumentation sur les Pulmans ou autre chaussures plus adéquates Helvesko, Dansko….

Un soignant qui ne communique pas

- S : Bonjour Madame, je vois vos chaussures et je me dis quelles ne vous vont pas du tout !
- P : A bon !
- S : Ah, oui ! Elles sont beaucoup trop hautes ! Bien trop serrées à l'avant !
  Vous allez tombés avec ça !!!
- P : Et bien, j'ai toujours eu des chaussures comme ça ! Et, les chutes n'ont rien avoir ! J'ai encore le droit de m'habiller comme je veux, non d'une pipe !
- S : Oui, oui, comme vous voulez, moi je dis ça pour vous ! Personnellement, je n'ai pas de problème avec mes chaussures !
  Au revoir.
- P : Au revoir.

Annexe 11
Evaluation de la présentation sur l'enseignement thérapeutique du patient adressé aux professeurs de l'école de Podologie de Genève
Evaluation non nominative

Jeudi 23.08.2007

1)Pouvez-vous citez 3 mots clés, ou phrases, ou expressions que vous avez retenue lors de cette séance ?

-
-
-

2) En tant que soignants-éducateurs (professeurs), pensez-vous que l'ETP puisse apporter un enrichissement dans la qualité de votre enseignement aux élèves

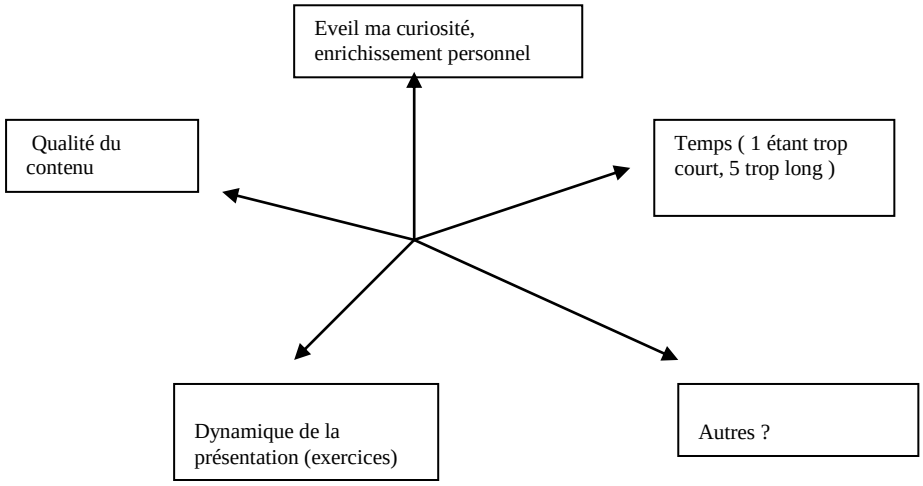
→

Pas du tout | Peut-être Mais je n'en suis pas convaincu | Certainement, Mais j'aimerai un approfondissement | Totalement convaincu

3) En tant que soignants-éducateurs (professeurs), pensez-vous que l'ETP puisse apporter un enrichissement dans la qualité relationnelle avec les patients (idem)

→

4) Pouvez-vous évaluer cette séance suivant ces 5 qualificatifs en mettant une estimation sur chacune des flèches allant de 1 à 5 (1 étant le plus éloigné du sens du terme encadré)



5) Auriez-vous souhaitez approfondir un thème ?
oui non

6) Si oui, seriez-vous dire quels thèmes ou quelles situations problèmes ?

La dénomination des différentes catégories professionnelles s'entend aussi bien au féminin qu' masculin tout le long du texte

Annexe 12

Evaluer l'éducation thérapeutique pour favoriser l'apprentissage auprès des enseignants de l'école de podologie suivi d'une présentation des résultats

1. L'intention d'évaluation

   Mesurer l'impact d'une présentation brève de deux heures au sujet de l'enseignement thérapeutique du patient auprès des enseignants de Podologie de Genève
   (Enseignants de théorie et de pratique mélangés)
   Le nombre de participant étant de 8.
   La demande venant de la directrice lors du congrès du Danemark de Podologie ou nous en sommes venues à évoquer le sujet de la formation donc j'étais en cours.

2. Quel est le ou les objets : objectif de l'évaluation

- Ecoute active des enseignants c'est à dire :
  L'intérêt retenu de la présentation par les professeurs de podologie en citant 3 mots clés, phrases ou expressions.
- La compétence des enseignants à entrevoir ou intégrer cette pratique dans leur mission.
  Ainsi la question posée : Pensez-vous que l'enseignement thérapeutique du patient puisse apporter un enrichissement dans la qualité de votre enseignement aux élèves. La réponse est à placer selon l'échelle allant du pas du tout au totalement convaincu
- La compétence de l'enseignant à enrichir la qualité relationnelle avec le patient : En tant que soignant –éducateur pensez-vous que l'ETP puisse apporter un enrichissement dans la qualité relationnelle avec les patients.
- La compétence de l'animateur (c'est à dire moi) à animer une séquence de formation se basant sur les critères suivant :

  Eveil ma curiosité, enrichissement personnel
  Temps
  Qualité du contenu
  Dynamique de la présentation
  Autres

L'évaluation se faisant sur un système d'échelle allant de 1 à 5.
1 étant le minimum de la satisfaction
5 le maximum de satisfaction
L'enseignant se positionne sachant que l'échelle allant de 1 à 5 est choisie afin que le résultat ne se situe pas forcément au centre ou milieu.

- Evaluation relative au fait d'approfondir un thème et de le définir afin de situer une perspective d'avenir éventuelle à proposer.
-

3. Le public cible

Le public est les enseignants de podologie confondus aussi bien de pratique que de théorie

4. Les conditions d'utilisation

Suite aux 2h de cours, j'ai demandé aux enseignants de remplir cet outil en fin de cours.

Ils ont acceptés gracieusement, et me l'ont rendu.

5. L'usage des résultats, (type de décision, conséquences pédagogiques….)

Pour la première question ont été retenu :

Collaboration patient-soignant (2)
Ecoute de la réalité du patient
Contrat (4)
Ecoute
« Capacité dépressive » (Pierre Félida)
Toujours espérer de l'autre
Autonomie (3)
Compétence
Empathie (3)
Amélioration de la qualité de vie (4)
Patient mis au centre
Processus de deuil

Premier conclusion ou analyse : Mots marquants, les plus retenus par le groupe
Le contrat et la qualité de vie sont les deux termes les plus cités.
Ensuite, vient l'autonomie du patient avec trois réponses, ainsi que l'empathie.
Puis, se marque la collaboration patient-soignant repris dans deux réponses.

Tous les participants ont répondus, tous trois réponses.

Pour la deuxième question :
« En tant que soignants-éducateurs, pensez-vous que l'ETP puisse apporter un enrichissement dans la qualité de votre enseignement aux élèves. »

Cinq participants ont répondus *totalement convaincu.*
Deux participants se sont placés entre *Certainement, mais j'aimerai un approfondissement* et *totalement convaincu*
Un participant s'est placé sur *Certainement, mais j'aimerai un approfondissement*

Ainsi en première constatation, il est possible de dire que la majorité des enseignants est convaincu que la pratique de l'éducation thérapeutique du patient enrichira la qualité de leur enseignement aux élèves.

Pour la troisième question :
« En tant que soignants-éducateurs, pensez-vous que l'ETP puisse apporter un enrichissement dans la qualité relationnelle avec les patients »

Cinq participants sont totalement convaincus.
Deux participants se sont placés entre *Certainement, mais j'aimerai un approfondissement* et *totalement convaincu.*
Un participant ne s'est pas positionné sur l'échelle, mais a annoté « cela dépend des compétences du soignant » :

Constatation :

De nouveau la majorité est en accord avec l'idée que l'ETP puisse apporter un enrichissement dans la qualité relationnelle (personnelle) avec le patient.

Pour la quatrième évaluation :
Etoile avec 5 branches, allant de 1 à 5.

Pour éveil ma curiosité, enrichissement personnel :
Quatre participants se sont placés sur le chiffre 4.
Trois participants sur le chiffre 5.
Un participant sur le chiffre 3.

Constat :
Quasiment unanimement, cette séance a éveillé la curiosité du participant et donné un enrichissement personnel.

Qualité du contenu :
Quatre personnes ont répondu 5.
Trois personnes 4.
Une personne 3.

Constat :
D'après les participants, la qualité du contenu était satisfaisante.

Temps (1étant trop court, 5 étant trop long) :
Six participants ont répondu 3.
Deux ont répondu 2.

Constat :
Manque de temps.

Dynamique de la présentation (exercices) :
Trois participants ont répondu 5.
Trois participants ont répondu 4.
Deux participants ont répondus 3.

Constat :
Bonne présentation ou appréciée pour sa dynamique dans l'ensemble, néanmoins pouvant être améliorée certainement.

Autres :
Une réponse : « bonne élocution, bonne voix, bon vocabulaire. Beaucoup de lecture, mais dynamique et intéressant. Donnes envie de continuer l'ETP. »

Cinquième question ouverte :
« Auriez-vous souhaité approfondir un thème ? »
Six ont répondu oui
Deux ont répondu non.

Une réponse est oui (j'écrirai la situation problème après)et non, pas dans le cadre restreint comme celui-ci ou alors carrément suivre le module 1.

Sixième question :
« Si oui, sauriez-vous dire quels thèmes ou situations problèmes ? »

Réponses :
Evaluer les différentes étapes du deuil
Les « clés »
Le déni dans la maladie
Les compétences du soignant
Jeu de rôle / problématique patient-enseignant

Constat :
Plusieurs idées de thèmes sont ressortis par les participants pouvant apriori être considérées comme une demande ou un besoin.

Critères et indicateurs

L'outil d'évaluation devait-être :

- rapide à répondre (5m' maximum)
- simple d'utilisation
- non nominatif
- répondre aux demandes (questions) décrites dans le chapitre précédent
- individuel