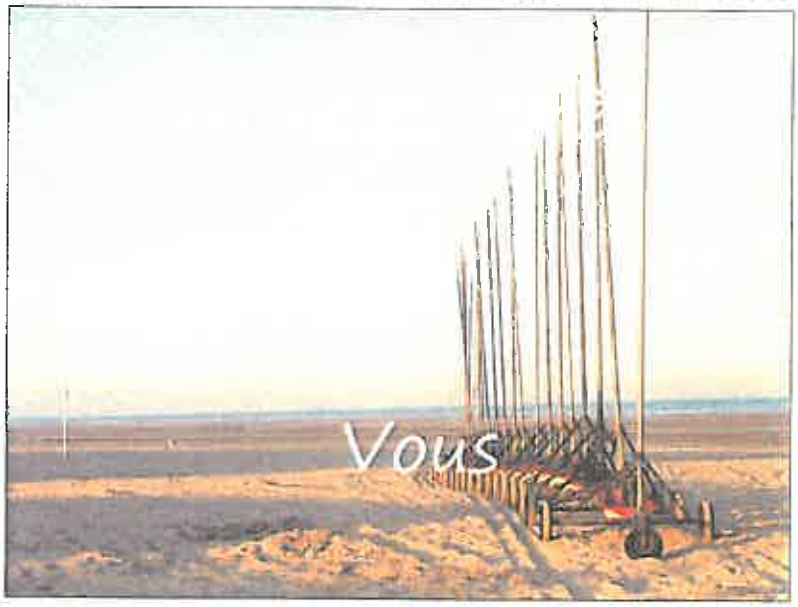
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

ÉLABORATION D'UNE VIDÉO DANS LE CADRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT AMPUTÉ ARTÉRITIQUE



Mémoire présenté par Nathalie LACROIX
étudiante de 3ième année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute.
2010 – 2011.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

page

1. INTRODUCTION **1**

2. L'ARTÉRITE **3**

2.1. DÉFINITION 3
2.2. ANATOMIE DE L'ARTÈRE 4
2.3. PHYSIOLOGIE 6
2.4. CLINIQUE 6
2.5. FACTEURS DE RISQUES 9
2.6. TRAITEMENT 11

3. AMPUTATION **11**

3.1. NIVEAUX D'AMPUTATION DU MEMBRE INFÉRIEUR 12
3.2. APPAREILLAGE 12
3.2.1. Prothèses destinées aux amputés de cuisse *14*
3.2.2. Prothèses destinées aux amputés de jambe *15*

4. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE **16**

4.1. DÉFINITION : 16
4.2. OBJECTIFS 17
4.3. LA MISE EN PLACE 19
4.4. QU'EN EST-IL DE L'E.T.P. POUR LES PERSONNES AMPUTÉES ? 19

5. LA VIDÉO **20**

5.1. POURQUOI UNE VIDÉO. 20
5.2. ANALYSE DE LA VIDÉO DE PROTÉOR (ANNEXE I) 21
5.2.1. Analyse générale *21*
5.2.2. Analyse chapitre par chapitre *22*
5.3. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA VIDÉO 24
5.3.1. La durée de la vidéo *24*
5.3.2. Les rubriques de la vidéo *24*
5.3.3. Concordances avec les objectifs d'E.T.P. *26*

6. CONCLUSION **29**

BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES

RÉSUMÉ

Le nombre d'amputés en France est estimé à 800 000. 80% des amputations du membre inférieur sont dues à l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (A.O.M.I.). Cette amputation survient vers 70 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes. Dans un grand nombre de cas ces patients abandonnent rapidement l'appareillage qui aura été mis en place. Cet abandon peut s'expliquer par l'âge, le coût énergétique supplémentaire demandé lors de la marche, ou un déficit d'éducation du patient par rapport à son appareillage.

Or l'éducation thérapeutique constitue un axe privilégié de la politique de santé.

Certains services, comme le service de rééducation vasculaire du centre J. Calvé de Berck sur mer, mettent en place cette éducation thérapeutique mais manque parfois d'outils appropriés. C'est pourquoi nous élaborons, à partir de l'analyse d'une vidéo déjà existante (mais à destination des aidants des patients amputés artéritiques) et des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient, une vidéo à destination des patients amputés artéritiques.

Mots-clés : éducation thérapeutique, amputés, artéritiques, vidéo.

1. INTRODUCTION

Nous estimons entre 800 000 et 1 millions le nombre d'artéritiques en France. 3 à 5% des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs (A.O.M.I.) évoluent vers l'ischémie irréversible et par conséquent vers l'amputation. Cette maladie est responsable de 80% des amputations de membre inférieur ; c'est la cause principale.

Malheureusement beaucoup de patients abandonnent rapidement l'appareillage mis en place. Cela peut s'expliquer par l'âge de ces patients. Il était aux alentours de 60 ans entre 1960 et 1970, et estimé dans les années 90 à 70 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes.

Cela peut également s'expliquer par le surcoût énergétique que demande la marche appareillée (50% de dépense supplémentaire en VO2 chez le patient amputé fémoral, 10 à 30% chez le patient amputé tibial).

Mais il existe aussi un déficit d'éducation du patient.

Un moyen de faire diminuer le nombre d'abandons d'appareillage serait donc d'améliorer l'auto-prise en charge du patient ; ce qui va dans le sens de la politique de santé publique actuellement qui est d'autonomiser le patient dans la prise en charge de ses soins. En 2001, le plan national d'éducation pour la santé affirme que « tous les patients dont l'état de santé le nécessite doivent pouvoir accéder à un programme d'éducation thérapeutique. » L'année suivante, une circulaire de la direction générale de la santé annonce que le développement de l'éducation thérapeutique du patient (E.T.P.) constitue « un axe stratégique de la politique gouvernementale. » En 2007, la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) édite un guide méthodologique concernant la« structuration d'un programme d'E.T.P. dans le champ des

maladies chroniques. » Tout ceci est bien la preuve de la place croissante de l'E.T.P. dans le parcours de soins du patient.

Le service de rééducation vasculaire du centre J. Calvé de Berck sur mer est engagé dans cette démarche d'E.T.P. Ce service prend en charge un grand nombre de patients amputés d'origine artéritique de façon individuelle mais également collective autour :

- ✓ Du travail respiratoire,
- ✓ D'un temps de parole,
- ✓ D'un support vidéo.

La vidéo actuellement utilisée est celle éditée par le groupe Protéor (annexe I), mais elle correspond peu à la population accueillie. Nous nous proposons donc de réaliser une nouvelle vidéo mieux adaptée.

Après de brefs rappels sur l'artérite et l'amputation, nous évoquerons l'éducation thérapeutique (sa définition, ses objectifs, les conseils de la H.A.S.). Puis nous analyserons la vidéo initialement utilisée afin de la faire évoluer et d'élaborer notre vidéo.

Il est à noter que cette étude va également dans le sens des remarques de la H.A.S. qui souligne dans son guide de recommandations pour les bonnes pratiques « Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation) Avril 2006 Argumentaire » [1], que les implications que la maladie impose au patient « justifient un important effort d'éducation thérapeutique, qui n'a pas été entrepris à large échelle actuellement, sauf dans le sens d'une prévention primaire pour certains facteurs de risques comme le tabac et le diabète. C'est ainsi

qu'il n'existe pas à l'heure actuelle d'outils pédagogiques dédiés à l'artériopathie des membres inférieurs, ni d'association de patients. *A fortiori*, la validation de cette approche thérapeutique n'est pas faite, et une recherche thérapeutique dans cette direction mériterait d'être soutenue ».

2. L'ARTÉRITE

2.1. Définition

L'artérite, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs (A.O.M.I.), désigne l'ensemble des lésions touchant les artères des membres inférieurs et s'accompagnant d'une inflammation et/ou d'une dégénérescence.

Cette dégénérescence de la paroi artérielle entraîne des modifications de structure de celle-ci à type de sténose (diminution du calibre de l'artère : la lumière artérielle).

La H.A.S. donne la définition suivante de l'A.O.M.I. : « L'artérite des membres inférieurs ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs regroupe les maladies qui se déclenchent lorsque l'approvisionnement en sang des muscles des membres inférieurs est bloqué ou interrompu.

La cause la plus courante est le dépôt de matières grasses (cholestérol) dans les artères des membres inférieurs qui provoque le blocage progressif de la circulation du sang. Ce processus de rétrécissement progressif des artères par ces dépôts qui forment des plaques est appelé artériosclérose.

Par la suite ces dépôts peuvent se calcifier jusqu'à boucher totalement l'artère. La maladie (l'artériosclérose) est le plus souvent généralisée à tout l'organisme, affectant ainsi d'autres artères : artères coronaires (cœur), artères carotidiennes (cou), artères digestives ou rénales [1].»

Il s'agit donc d'une maladie générale, touchant l'individu dans sa globalité.

L'artérite fait partie des 50 diagnostics les plus fréquents pour les patients de 70 à 79 ans pour l'année 2007. Il s'agit donc d'une pathologie assez fréquente [2].

2.2. Anatomie de l'artère

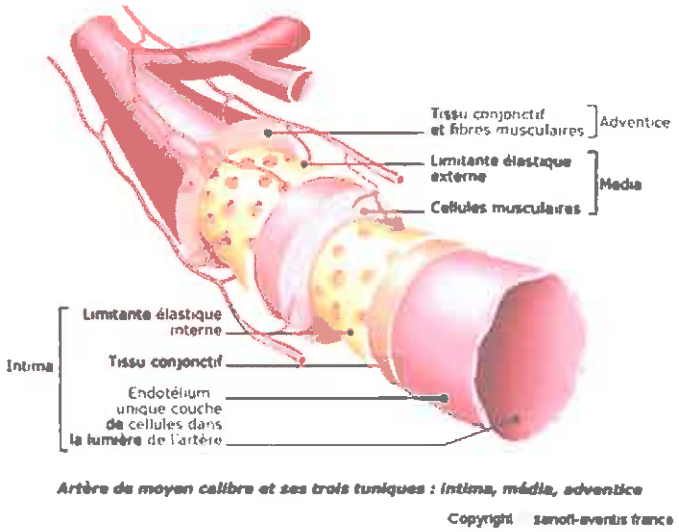


Figure 1 : anatomie d'une artère
(http://www.tensiometre.net/tag/artere/)

L'artère se divise en 3 couches (fig. 1) :

- ✓ L'intima :

Elle est recouverte d'endothélium, et se trouve au contact de la lumière et du sang. Elle est composée de couches de cellules endothéliales orientées selon un axe longitudinal.

C'est le siège de développement de l'athérome (dépôt lipidique).

- ✓ La média :

Elle contient des fibres musculaires lisses orientées de façon circulaire et spiralée.

Elle constitue l'armature de l'artère.

Elle a un rôle hémodynamique.

Il existe une différenciation entre artère proximale et distale au niveau de la variation du nombre de fibres musculaires lisses et élastiques :

Plus le calibre de l'artère est important, plus les fibres musculaires élastiques sont nombreuses (résistance nécessaire à la pression).

Plus le calibre est petit, plus les fibres musculaires lisses sont importantes (nécessité d'une contraction plus importante des artères).

- ✓ L'adventice :

Elle comporte les vaisseaux nourriciers de l'artère (= « vaso-vasorum »).

2.3. Physiologie

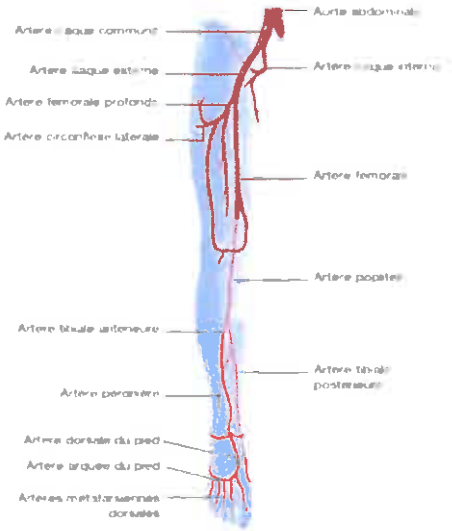


Figure 2 : trajet artériel des membres inférieurs
http://www.bmsfrance.fr/IMG/jpg/idmjambe.jpg

2.4. Clinique

Progressivement la paroi artérielle se durcit (athérome), s'épaissit et entraîne la diminution de la lumière des artères jusqu'à l'obstruction complète.

L'évolution de cette pathologie est longue et insidieuse.

La première classification des A.O.M.I. est celle de Leriche et Fontaine [3] qui décrit 4 stades :

- ✓ Stade 1 :

Le malade est asymptomatique.

La maladie est souvent découverte de façon fortuite lors d'une consultation pour un problème d'impuissance.

- ✓ Stade 2 :

C'est à ce stade que survient la difficulté à la marche.

Une douleur d'effort apparaît, entraînant une claudication intermittente avec un « signe de la vitrine ».

Un périmètre de marche inférieur à 200m traduit un stade 2 sévère.

La douleur, quant à elle, disparaît 2 à 3 minutes après l'arrêt de l'effort. Mais elle récidive à la reprise de la marche.

Elle est unilatérale, au départ, identifiée par son intensité (à type de crampe, tiraillement ou douleur vive). Sa localisation permet de déterminer le niveau de l'atteinte :

Au niveau de la fesse : atteinte de l'artère iliaque interne.

Au niveau de la cuisse : atteinte de l'artère iliaque externe.

Au niveau du mollet : atteinte de l'artère fémorale superficielle ou poplitée.

Au niveau du pied : atteinte des artères de la jambe.

- ✓ Stade 3 :

C'est le stade de la douleur permanente, survenant en position allongée. Elle est volontiers nocturne, avec brûlure de l'avant-pied, paresthésie. Elle est soulagée par la mise de la jambe en dehors du lit (ou en proclive).

Nous retrouvons également une décoloration du membre inférieur et une coloration bleue du pied lorsqu'il est soulevé.

- ✓ Stade 4 :

C'est le stade de la gangrène, le stade de l'échec médical.

Cette gangrène peut être parcellaire ou étendue, sèche ou sur infectée et elle est le plus souvent douloureuse.

Elle entraîne une amputation.

Selon la H.A.S. cette classification n'est pas validée. Sa terminologie est discutable. Elle n'est pas adaptée à tous les types d'artériopathies (chronique, diabétique, aiguë ou embolique). Et enfin elle ne tient compte que du membre atteint et non du patient dans sa globalité. C'est pourquoi, la H.A.S. préconise une autre classification séparant l'A.O.M.I. en deux groupes [1] :

- ✓ Les formes chroniques, divisées en 3 stades :

Le vrai stade infra-clinique sans lésions hémodynamiques significatives.

Le stade d'ischémie à l'effort.

Le stade d'ischémie permanente (stade de menace pour la vitalité du membre lésé).

- ✓ Les formes aiguës, divisées, elles aussi en trois formes :

Les formes non immédiatement menaçantes.

Les formes menaçantes récupérables.

Les formes menaçantes avec séquelles inévitables.

2.5. Facteurs de risques

Certains facteurs sont indépendants de la volonté :

- ✓ L'hérédité.
- ✓ L'âge : le risque d'A.O.M.I. augmente avec l'âge.

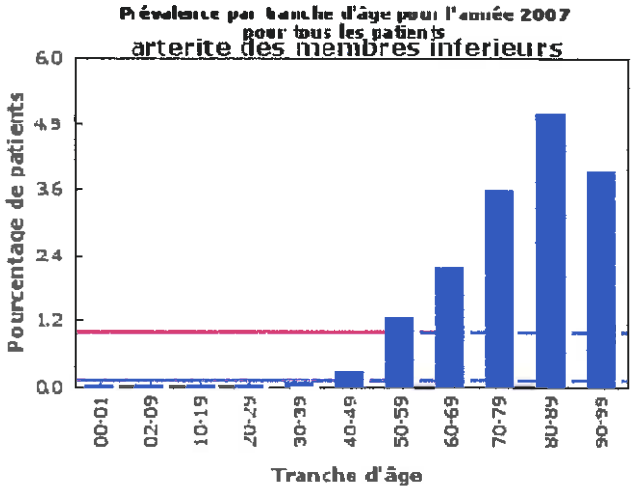


Figure 3 : prévalence par tranche d'âge des patients atteints d'A.O.M.I. [2]

✓ Le sexe : l'artérite touche plus les hommes que les femmes.

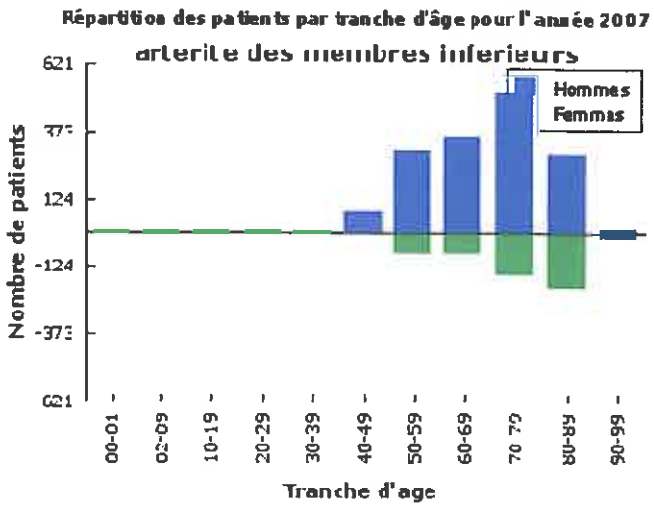


Figure 4 : répartition par tranches d'âge, en fonction du sexe, des patients pris en charge pour une A.O.M.I. [2]

D'autres, au contraire dépendent des habitudes de vie et peuvent par conséquent être modifiables :

✓ L'hypertension artérielle (H.T.A.).

Ce facteur de risque est admis ; pourtant certaines études se contredisent sur l'impact de l'H.T.A. [1, 4, 5].

✓ Le tabac.

L'étude randomisée Edinburg Artery Study de 1988 sur 1592 patients de 55 à 74 ans met en évidence un risque relatif d'être artéritique 3,7 fois plus important chez le patient fumeur que chez le non-fumeur [4].

✓ L'hyperlipidémie.

L'augmentation du cholestérol total augmente avec l'incidence de la claudication [6].

✓ La sédentarité [1].

✓ Le diabète [1].

2.6. Traitement.

Le traitement est fonction du stade de la pathologie. Il pourra être :

- ✓ Préventif :

en luttant contre les facteurs de risques ;

en prodiguant des conseils d'hygiène de vie.

- ✓ Médical
- ✓ Chirurgical :

en revascularisant la zone en souffrance (dilatation et/ou pose d'un stent, pontage) ;

en amputant le membre gangréné, lorsque le patient est à un stade 4 de la maladie.

3. AMPUTATION

Elle « est indiquée en cas de lésions tissulaires irréversibles ; d'ischémie permanente chronique sans revascularisation possible, qui ne réagit pas favorablement au traitement médical ou dont les répercussions générales font courir un risque vital au patient » [7, 8].

Le niveau sera défini en fonction de l'étendue de l'ischémie et des possibilités de cicatrisation du sujet. Autant que faire se peut le genou devra être conservé afin de limiter les répercussions en termes de dépenses énergétiques lors de la marche.

3.1. Niveaux d'amputation du membre inférieur

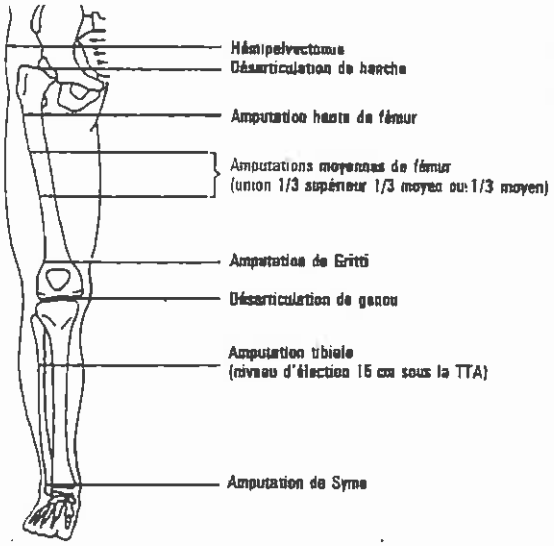


Figure 5 : niveaux d'amputation
http://adepa-69.pagesperso-orange.fr/Documents/Fichiers/petitspetons/fl1.gif

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons :

- ✓ aux amputations de cuisse
- ✓ aux amputations tibiales.

3.2. Appareillage

Il existe de nombreux appareillages possibles, mais tous se composent des mêmes éléments de base : une emboîture, un pied et des éléments intermédiaires [9, 10].

L'emboîture va recevoir le moignon, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un manchon. Elle doit être facile à chausser, confortable et bien adhérer au moignon. De cette emboîture va dépendre la qualité de la marche.

Le pied, c'est la pièce terminale de la prothèse. Il assure le contact avec le sol. Il a par conséquent un rôle important dans la restitution de l'énergie lors de la marche.

Il existe plusieurs types de pied :

Le pied S.A.C.H. (Solid Ankle, Cushion Heel). C'est le pied le plus utilisé. Il s'agit d'un pied rigide avec une adjonction au niveau du talon plus ou moins élastique permettant une certaine souplesse lors de la marche.

Les pieds articulés mono-axiaux : seuls les mouvements de flexion-extension sont autorisés. En amortissant l'attaque du talon au sol, ils permettent une meilleure extension du genou et donc une meilleure stabilité lors de la phase portante.

Les pieds articulés pluri-axiaux : aux mouvements de flexion-extension s'ajoutent des mouvements de varus-valgus. Ils permettent une meilleure adaptation du pied au sol.

Le genou

Plusieurs critères interviennent dans le classement des genoux prothétiques. De façon synthétique, nous résumerons ici le choix du genou entre :

Genou fixe (verrouillé) : un mécanisme permet de bloquer le système articulaire lors du passage en position debout. Le patient est alors stable lors de la phase d'appui, sans risque de dérobement du membre appareillé. Mais la marche se fait avec un fauchage important associé à une élévation de l'hémi-bassin homolatéral lors de la phase oscillante.

Genou dynamique : il reproduit le mouvement de flexion-extension du genou lors de la marche. Il pourra être mono-axial ou polycentrique. Le premier a une vitesse angulaire plus rapide alors que le deuxième assure une meilleure stabilité.

La H.A.S. conseille [7, 8] la prescription d'une prothèse à « emboîture contact total » dès que cela est possible, aussi bien au niveau fémoral qu'au niveau tibial. Ce type d'emboîture permet de réduire le coût énergétique de la marche du fait de sa solidarisation au moignon. Elle est également bénéfique pour la trophicité du moignon.

Nous ne décrirons ici que les prothèses présentées dans la vidéo et préférentiellement mises en place au centre Jacques Calvé de Berck sur Mer, à savoir :

La prothèse fémorale contact (sans interface par manchon).

La prothèse fémorale avec manchon à collerette et valve de dépressurisation.

La prothèse tibiale contact avec manchon, valve de dépressurisation et gaine d'étanchéité.

3.2.1. Prothèses destinées aux amputés de cuisse [18]

Ce sont des prothèses dites fémorales.

- ✓ Prothèse à contact total par dépressurisation

C'est l'une des prothèses les plus utilisées au centre J. Calvé de Berck sur mer. Elle se compose d'une emboîture fémorale confectionnée sur mesure à l'aide d'un positif. Elle se chausse sans manchon grâce à un chausse-prothèse (appelé aussi « parachute »). Une fois la prothèse chaussée, le moignon remplit entièrement l'emboîture. Une valve de dépressurisation assure l'étanchéité nécessaire à sa suspension.

- ✓ Prothèse fémorale avec manchon à collerette distale

Il s'agit également d'une prothèse maintenue en place par dépressurisation.

L'emboîture fémorale est toujours confectionnée à partir d'un positif.

Le sujet enfile un manchon avec collerette avant de chausser sa prothèse. Le manchon possède un ou plusieurs renflements annulaires à son tiers inférieur qui viennent se bloquer automatiquement lorsque le membre résiduel est introduit dans l'emboîture. Un bouchon appliqué à la partie inférieure de l'emboîture va permettre de maintenir le vide d'air en place nécessaire au maintien de la prothèse, associé à l'étanchéité réalisée par la collerette du manchon.

Le manchon permet une mise en place de l'appareillage plus facile.

Figure 6 : prothèse fémorale avec manchon à collerette

3.2.2. Prothèses destinées aux amputés de jambe [18]

Ce sont des prothèses dites tibiales.

- ✓ Prothèse tibiale contact avec gaine d'étanchéité.

Elle comprend un manchon en matériau copolymère qui va faire le lien avec l'emboîture (qui aura été moulée sur un positif en plâtre). Une fois chaussée, l'étanchéité de la prothèse se fait grâce à une gaine qui recouvre une partie de l'emboîture et remonte sur la cuisse trois travers

de doigts au-dessus du manchon. Elle permet un isolement de la zone de contact entre le manchon et l'emboîture, du milieu atmosphérique.

Lors de la phase d'oscillation, le poids de la prothèse va engendrer une force de traction sur cet espace clos, créant une diminution de la pression locale. La dépression renforce la cohésion emboîture/manchon (par augmentation des forces élastiques).

La mise en place de cette prothèse se fait obligatoirement debout ; ce qui demande au sujet d'avoir un bon équilibre statique.

Figure 7 : prothèse tibiale contact

4. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

4.1. Définition :

En 1996, l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) a défini l'éducation thérapeutique du patient (E.T.P.) comme quelque chose visant à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec la maladie chronique. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, 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, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie.

C'est un processus continu intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient [11]. »

Avec la loi 2009, Hôpital Santé Patient, et notamment l'article L. 1161-1, l'E.T.P. fait son entrée dans la politique de santé publique [12].

4.2. Objectifs

Les objectifs de l'E.T.P. sont donc d'aider le patient et son entourage à :

- ✓ Comprendre la maladie et son traitement.
- ✓ Coopérer avec les soignants.
- ✓ Vivre le plus sainement.
- ✓ Maintenir ou améliorer la qualité de vie.
- ✓ Prendre en charge son état de santé.

- ✓ Acquérir et maintenir les connaissances nécessaires pour gérer sa vie avec la pathologie [13].

« Qu'est ce qu'une éducation thérapeutique de qualité ? »

Si nous nous appuyons sur le guide méthodologique « structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » [13] publié par la Haute Autorité de Santé, l'E.T.P. doit :

- ✓ Etre centrée sur le patient.
- ✓ Etre basée sur des preuves scientifiques, des expériences de patients et de leurs proches.
- ✓ Etre intégrée à la prise en charge du patient ; et ce à long terme.
- ✓ Concerner la vie quotidienne du patient.
- ✓ Etre réalisée par des professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique et aux techniques pédagogiques.
- ✓ Etre basée sur une évaluation des besoins du patient, avec une hiérarchisation des priorités perçues par le patient et les thérapeutes.
- ✓ Etre construite en collaboration avec le patient et son entourage.
- ✓ S'adapter au patient (culture, éducation…).
- ✓ Etre organisée dans le temps, dans le contenu et dans la forme.
- ✓ Etre multi-professionnelle et interdisciplinaire.
- ✓ Etre évaluée.

4.3. La mise en place

L'E.T.P. va ensuite se diviser en 4 étapes successives [13] :

- ✓ L'élaboration du diagnostic éducatif.
- ✓ La définition d'un programme personnalisé.
- ✓ La planification et la mise en œuvre de l'intervention éducative.
- ✓ L'évaluation des résultats.

Au final, l'E.T.P. doit aboutir à une forme d'auto-prise en charge.

4.4. Qu'en est-il de l'E.T.P. pour les personnes amputées ?

Notre première démarche a été d'aller sur le site de la H.A.S. pour voir ce qu'il en était de l'E.T.P. pour les personnes amputées.

Des recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge de l'A.O.M.I. ont été publiées en avril 2006 [1] ainsi qu'un guide des affections de longues durées pour l'A.O.M.I. en mars 2007 [8] et une liste des actes et prestations actualisée en septembre 2010 [7].

Les recommandations de la H.A.S. pour la prise en charge thérapeutique d'un patient amputé sont les suivantes :

Proposer « appareillage, réadaptation, reconditionnement à l'effort [...]. La réadaptation doit concerner le patient dans sa globalité [...].

Adapter le lieu de vie.

Permettre une prise en charge médicale dont l'éducation thérapeutique reste de mise selon les mêmes principes que pour les stades précédents (stade 1 à 3). Elle doit être adaptée à la situation clinique. [...]

Prendre en charge le retentissement psychologique et social. »

Dans cette prise en charge « le patient et son entourage [doivent] disposer d'informations précises sur les éléments à surveiller au retour à domicile. » [1].

Les différents livrets, conseils des fabricants et thérapeutes existants vont dans le même sens quant aux éléments de surveillance et à l'entretien de l'appareillage. Ce sont donc les mêmes conseils d'hygiène, de surveillance, de soins que nous retrouverons dans notre vidéo [19, 20, 21, 22].

5. LA VIDÉO

5.1. Pourquoi une vidéo.

Si nous nous basons sur les recommandations de la H.A.S. concernant la mise en place de séances d'E.T.P. collectives, le format vidéo nous paraît être un choix judicieux [11, 14, 15]. En effet ces séances doivent :

- ✓ Etre propices au partage et à la transmission de savoir-faire.

La vidéo doit donc permettre de se rapprocher au maximum de la situation vécue par les patients.

La vidéo sera tournée dans le centre de rééducation.

Le matériel présenté sera celui utilisé dans le centre.

Il y aura une cohérence entre les conseils de la vidéo et ceux prodigués tout au long du séjour par les différents intervenants.

- ✓ Concerner au minimum 3 personnes, 8 à 10 au maximum.
- ✓ Permettre de rassembler des patients avec des objectifs similaires en se basant sur le stade de la prise en charge, le niveau d'amputation, le type d'appareillage, ou le type de marche (avec ou sans aide technique).

5.2. Analyse de la vidéo de Protéor (annexe I)

L'analyse de la vidéo de Protéor va nous permettre de mettre en avant ses points forts et ses points faibles. Ainsi après avoir vérifié et analysé cette vidéo, nous pourrons la corriger, planifier et réaliser le nouveau film. Nous rentrons ainsi dans un schéma d'amélioration continue.

L'analyse se fera tout d'abord de façon globale, puis chapitre par chapitre.

5.2.1. Analyse générale

La vidéo comporte 5 chapitres qui sont accessibles en lecture globale ou en lecture directe :

- ✓ Composants de la prothèse.
- ✓ Chaussage et déchaussage.

- ✓ Entretien.
- ✓ Santé et hygiène du moignon.
- ✓ Conclusion.

Si nous nous reportons au titre « Vivre avec une prothèse. Conseils aux aidants de patients appareillés », la vidéo ne s'adresse pas directement aux patients mais à leur entourage.

Cela se vérifie lors du visionnage : aucune action (chaussage / déchaussage, entretien de la prothèse, hygiène et soins du moignon) n'est réalisée par le patient lui-même mais à chaque fois par une tierce-personne.

De plus la vidéo ne fait pas de distinction sur l'origine, ni sur le niveau d'amputation. En revanche un seul type de prothèse est présenté : la prothèse à accroche distale. Tous les patients ne pourront pas se reconnaitre dans cette présentation.

5.2.2. Analyse chapitre par chapitre

Reprenons maintenant la vidéo chapitre par chapitre :

- ✓ Chapitre 1 : Composants de la prothèse :

Ce chapitre présente de façon globale les différents composants de la prothèse :

Une emboîture

Un pied (sans précision quand aux différents types de pieds possible)

Un tube

Un genou (sans précision supplémentaire)

Un manchon avec plongeur (sans préciser que ce n'est pas l'unique solution existante).

La présentation de la prothèse est à la fois très globale mais en même temps restrictive puisqu'il s'agit en fait de la présentation d'une prothèse avec plongeur.

- ✓ Chapitre 2 : Chaussage et déchaussage

Ce chapitre présente le chaussage et le déchaussage d'une prothèse à attache terminale.

Il prodigue également des conseils pour le passage de la position assise à debout, la déambulation et le retour à la position assise avec une prothèse fémorale à genou verrouillé.

Le patient que nous voyons déambuler utilise un cadre de marche.

En cas de difficulté de chaussage : les auteurs de la vidéo proposent la mise en place d'une bande biflex par un tiers si le moignon a augmenté de volume.

- ✓ Chapitre 3 : Entretien de la prothèse
- ✓ Chapitre 4 : Santé et hygiène du moignon

Dans ces deux derniers chapitres, le patient n'est toujours pas acteur de ses soins. Les actions sont réalisées par une infirmière ou une aide soignante.

Nous voyons donc que cette vidéo n'est pas centrée sur le patient en tant qu'acteur de sa pathologie (objectif principal de l'E.T.P.), puisque toutes les actions de la vie quotidienne sont réalisées par une tierce-personne.

En conclusion de cette analyse, nous garderons l'idée d'un accès en lecture globale et en lecture ciblée afin de pouvoir s'adapter au maximum aux différents groupes de patients.

Les chapitres définis correspondent aux temps forts de la journée d'un patient appareillé, nous garderons donc le même découpage pour notre vidéo. Nous rajouterons toute fois un chapitre sur la déambulation afin, là aussi, d'évoquer les différentes situations possibles.

En revanche, la vidéo étant dédiée aux personnes appareillées et non à leurs aidants, chaque action sera réalisée par une personne amputée (annexe II).

5.3. Les caractéristiques de la vidéo

5.3.1. La durée de la vidéo

Toujours en accord avec les recommandations de la H.A.S., les séances d'E.T.P. collectives doivent durer entre 30 et 45 min. Par conséquent, la vidéo ne devra pas excéder une trentaine de minutes afin de pouvoir la visionner lors de ces séances et, à l'issue, permettre un dialogue avec les patients.

5.3.2. Les rubriques de la vidéo

Si nous reprenons le tableau proposé par J.F. D'Ivernois et R. Gagnayre [16] et repris par la H.A.S. [15] (annexe III) appliqué à la réalisation de notre vidéo pour un patient

amputé artéritique, nous devons retrouver les différentes compétences et les réponses aux objectifs inscrits dans le tableau I. De ces objectifs découleront les différents chapitres de notre vidéo.

Tableau I : compétences spécifiques à acquérir par un patient amputé artéritique au terme d'un programme d'éducation thérapeutique

compétences	Objectifs spécifiques	Les chapitres de la vidéo
1. Comprendre, s'expliquer	Comprendre sa maladie, s'expliquer les principes du traitement.	Connaître la pathologie. Expliquer la prothèse et sa réalisation.
2. Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte. Surveiller son moignon. Vérifier l'état de la prothèse et des adjonctions (bonnet, bonnet élasto-compressif…)	Comment surveiller son moignon, à la recherche de quels indices ?
3. Faire face, décider	Que faire en cas de lésions sur le moignon ? Que faire en cas d'inadaptation de la prothèse (difficile ou trop facile à chausser) ?	Que faire en cas de variation de volume du moignon ?
4. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Aménager son environnement. Aménager ses loisirs.	Marcher avec une prothèse. Monter et descendre des escaliers. Quels loisirs avec une prothèse ?
5. Pratiquer, faire	Chausser / déchausser sa prothèse. Hygiène et surveillance du moignon. Entretien de l'appareillage.	Chaussage / déchaussage. Hygiène du moignon. Entretien de l'appareillage.
6. Adapter, réajuster	Que faire en cas de changements de cadre de vie ?	
7. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir qui joindre en cas de problème.	Contacts (médecin, appareilleur, masseur-kinésithérapeute)

En résumé, la vidéo devra comporter les chapitres suivants :

- ✓ Présentation de l'appareillage : sa confection, ses composants.
- ✓ Chaussage et déchaussage de la prothèse.
- ✓ Utilisation de la prothèse au quotidien (marche en terrain plat, escaliers).
- ✓ Que faire en cas de problème de chaussage ?
- ✓ Que faire quand la prothèse n'est pas portée ?
- ✓ Comment entretenir l'appareillage ?
- ✓ Surveillance et soins du moignon.
- ✓ Qui contacter en cas de problème ?

Une partie du 1er item du tableau « connaître et comprendre sa pathologie » ne sera pas abordée dans la vidéo. Nous partons du principe que, l'A.O.M.I. étant une affection de longue durée, le patient est déjà entré depuis un certain temps dans le cursus de soin. Or l'E.T.P. fait partie des recommandations de la H.A.S. quel que soit le stade de la maladie, nous estimons donc que cette partie a déjà été mise en place. Néanmoins une évaluation pourra tout de même être faite afin de savoir si cet item est bien acquis. Dans le cas contraire des séances portant sur ce thème pourront être mises en place afin de poursuivre cette information (principe même de la personnalisation de l'E.T.P.)

5.3.3. Concordances avec les objectifs d'E.T.P.

Suite à cela, notre vidéo devra être en concordance avec les objectifs de l'E.T.P. définis par la H.A.S. :

- ✓ Etre centrée sur le patient.

Nous aurons la possibilité de choisir les items de la vidéo en fonction du profil du patient (niveau d'amputation, appareillage, niveau d'acquisition).

- ✓ Etre basée sur des preuves scientifiques, des expériences de patients et de leurs proches.

Les vidéos ont été tournées avec la participation de patients du centre de rééducation pendant leur période d'hospitalisation.

- ✓ Etre intégrée à la prise en charge du patient ; et ce à long terme.

Cette vidéo trouve sa place dans la prise en charge collective, elle ne remplace en aucun cas les prises en charges individuelles et les mises en situations pratiques.

- ✓ Concerner la vie quotidienne du patient.

Nous nous attacherons à montrer au patient des actes qui seront effectués quotidiennement (mise en place et retrait de l'appareillage, surveillance, hygiène du moignon, entretien, déplacements), dans des conditions les plus écologique possibles.

- ✓ Etre réalisée par des professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique et aux techniques pédagogiques.

C'est le cas pour le masseur-kinésithérapeute puisqu'il est précisé dans le décret du 29 mars 1963 modifié, relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute [17], que l'objectif du module 3 est de « faire acquérir au futur professionnel un bagage élémentaire de terminologie courante en insistant sur les facteurs psychologiques qui permettent le dialogue avec le malade et les partenaires de l'équipe médicale.

L'aspect psychologique doit être mis en parallèle dès le début des études avec l'aspect organique afin qu'il n'y ait pas d'opposition. Le malade doit être perçu globalement.

La relation thérapeutique sera considérée comme un moment privilégié de l'apprentissage psychologique et sera ensuite complétée par un vécu quotidien dans la pratique. »

Il est également stipulé qu'à l'issu de l'enseignement du module 10, « l'élève devra :

- connaître les objectifs et les priorités de la politique de prévention ;
- être capable d'apporter aux patients une meilleure connaissance du fonctionnement de leur corps dans le sens d'une économie de l'appareil locomoteur, d'une hygiène de vie et d'une diététique ;
- d'apprécier les conditions de travail des intéressés et leurs retentissements psycho-physiologiques ;
- de susciter une participation active de l'individu en tenant compte des impératifs du cadre de vie ;
- de participer à des actions de prévention et d'éducation pour la santé, à l'école, dans l'entreprise, les centres sociaux... ainsi qu'à la recherche sur les maladies professionnelles et les accidents du travail. »

✓ Etre construite en collaboration avec le patient et son entourage.

Cette vidéo devrait permettre de répondre aux questions que le patient est en droit de se poser mais également susciter une discussion avec le thérapeute qui fera évoluer ou réorientera la prise en charge.

✓ S'adapter au patient (culture, éducation…).

✓ Etre organisée dans le temps, dans le contenu et dans la forme.

✓ Etre multi-professionnelle et interdisciplinaire.

La vidéo touchera à différents domaines et sera réalisée avec la collaboration des thérapeutes concernés : infirmières pour l'hygiène et les soins du moignon, masseur-kinésithérapeute pour

la marche et le chaussage, orthoprothésistes pour la fabrication, les réglages, l'entretien de l'appareillage ; ergothérapeutes pour la vie quotidienne et les loisirs.

Il reste un dernier objectif à remplir : l'évaluation.
Mais avant de pouvoir évaluer l'éducation thérapeutique dans son ensemble, il nous faut tout d'abord évaluer la vidéo.

6. CONCLUSION

L'objectif de départ, l'élaboration d'une nouvelle vidéo plus adaptée à la population suivie au centre J. Calvé de Berck sur mer, est atteint (annexe IV). Elle dure 22 minutes et est accessible en lecture complète, chapitre par chapitre (constitution de la prothèse, fabrication, chaussage / déchaussage, déambulation, entretien de la prothèse, soins du moignon), ou en choisissant le type de prothèse dans chaque chapitre.

Afin de nous inscrire dans une démarche de suivi de qualité, il nous faut analyser et évaluer notre vidéo pour savoir si elle répond aux critères de départ :

- ✓ le patient connait sa prothèse,
- ✓ le patient sait gérer et entretenir son appareillage,
- ✓ le patient sait gérer et surveiller son moignon.

Pour cela nous nous proposons de mettre en place un questionnaire (annexe V) à faire remplir aux patients qui suivront le programme d'éducation thérapeutique. Ce questionnaire

sera à remplir à l'arrivée du patient afin d'évaluer son niveau de connaissances, puis après le visionnage du film, afin de déterminer si celui-ci leur a permis d'enrichir ou de modifier leurs savoirs.

De plus, pour qu'elle ne reste pas un outil isolé parmi tant d'autres, il pourrait également être intéressant de la proposer à d'autres services d'orthopédie vasculaire ou services de kinésithérapie prenant en charge ce type de patients. Ceci permettrait d'avoir un retour sur son utilité et sur les adjonctions nécessaires pour répondre aux attentes d'un maximum de services (autres prothèses, autres techniques de fabrication, autres méthodes de chaussage…). L'intérêt du choix du chapitre à visionner prendrait toute son importance, permettant ainsi d'accéder directement au sujet traité pendant la séance d'E.T.P. et de la personnaliser au maximum (répondant ainsi à la principale recommandation de la H.A.S. dans le cadre de l'E.T.P.).

BIBLIOGRAPHIE

1. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). Recommandations pour la pratique clinique.
Haute Autorité de Santé
Téléchargeable sur : http://www.has-sante.fr

2. Observatoire de médecine générale. http://omg.sfmg.org

3. FONTAINE R, KIM M, KIENY R. - Die chirurgische Behandlung der peripheren Durchblutungsstörungen. Helvet Chir 1954;5/6:499-533

4. FOWKES FG, HOUSLEY E, RIEMERSMA RA, MACINTYRE CC, CAWOOD EH, PRESCOTT RJ
ET AL. Smoking, lipids, glucose intolerance, and blood pressure as risk factors for peripheral atherosclerosis compared with ischemic heart disease in the Edinburgh Artery Study. Am J Epidemiol 1992; 135:331-40.

5. KANNEL WB, MCGEE DL. Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham Study. J Am Geriatr Soc 1985; 33:13-8.

6. MURABITO JM, EVANS JC, NIETO K, LARSON MG, LEVY D, WILSON PWF. Prevalence and clinical correlates of peripheral arterial disease in the Framingham Offspring Study. Am Heart J 2002;143:961-5.

7. Artériopathie oblitérantes des membres inférieurs. Liste des actes et prestations. Affection de longue durée.
Haute Autorité de Santé
Téléchargeable sur : http://www.has-sante.fr

8. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Guide – Affection de longue durée.
Haute Autorité de Santé.
Téléchargeable sur : http://www.has-sante.fr

9. VANMARSENILLE J.M., DIERICK F., DETREMBLEUR C., DE CUYPER F. - l'appareillage de l'amputé de jambe adulte - LOUVAIN MED. 120: 349-353, 2001.

10. MENAGER D. - Amputations du membre inférieur et appareillage. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Appareil locomoteur, 15-896-A-10, 2002, 15 p.

11. Éducation thérapeutique du patient - Définition, finalités et organisation
Haute Autorité de Santé.
Téléchargeable sur : http://www.has-sante.fr

12. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
Téléchargeable sur : http://www.legifrance.gouv.fr

13. Guide méthodologique - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques
Haute Autorité de Santé.
Téléchargeable sur : http://www.has-sante.fr

14. Éducation thérapeutique du patient-Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?
Haute Autorité de Santé.
Téléchargeable sur : http://www.has-sante.fr

15. Éducation thérapeutique du patient - Comment la proposer et la réaliser ?
Haute Autorité de Santé.
Téléchargeable sur : http://www.has-sante.fr

16. D'Ivernois, J.F., Gagnayre R. - Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. - 3ème éd. – Paris : Maloine, 2008. – 142 p. - Collection éducation du patient dirigée par J.F. D'Ivernois

17. Décret du 29 mars 1963 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute Téléchargeable sur :
http://www.fnek.fr/sites/default/files/Decret_du_29_mars_1963_consolide_.pdf

Autres références :

18. MARTINET N. – Les amputés de jambe : emboitures et pieds prothètiques. – Cofemer 2009 – DES médecine physique et réadaptation DIU médecine de rééducation, module MPR et appareillage

19. MA PROTHESE et moi
VIVRE AVEC UNE PROTHESE DE CUISSE OU DE JAMBE
Rédaction : C. LEVI ALVARES Masseur-Kinésithérapeute - MP. DE ANGELIS Médecin Rééducateur.
Conception graphique : A. PATISSIER Ergothérapeute.
Coordinateur : YC. BOUTROUX Chez Masseur-Kinésithérapeute.

20. Ortho Europe - Livret d'entretien du manchon

21. Hôpitaux universitaires de Genève. - Livret « Vivre une amputation. Des réponses à vos questions »

22. Association de Défense et d'Etudes des Personnes Amputées
http://adepa-69.assoc.pagespro-orange.fr/index.htm

ANNEXES

ANNEXE I

Vidéo éditée par Protéor

Disponible auprès de :

Groupe PROTÉOR
6 rue de la Redoute, 21850 St Apollinaire
Tél 03 80 78 42 42
Fax 03 80 71 51 50

ANNEXE II

Autorisations de filmer, signées par les différents « acteurs » de la vidéo.

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : Fasquel René

adresse : ..

N° Tél : 03 21

accepte d'être filmé(e) dans le cadre du sujet de mémoire décrit ci-dessous.

oui

Sujet de mémoire :

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute et ayant pour thème la réalisation d'une vidéo dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient amputé artéritique

Droits des parties :

Les Droits de fixation, reproduction, communication et exploitation des images recueillies sont fixés aux termes de l'article L 212.3 du code de la propriété intellectuelle.

Le (La) soussigné(e) cède gratuitement ses droits sur la totalité des images enregistrées lors de sa prestation, fixées sur quelque support que ce soit (cassette vidéo, CD-ROM, ou mémoire d'ordinateur par exemple).

Cette session comprend également les droits :

- de reproduction et de modification des images recueillies en tout ou partie, par quelque moyen que ce soit;

- de communication au public à des fins d'enseignement, de démonstration d'explications, en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, et en toute circonstance;

- d'exploitation de ces images à des fins de recherches, sans aucune restriction sur la durée de l'exploitation, ni sur le territoire d'exploitation (droits d'exploitation pour tout pays).

Fait à Berck **le** 22 juillet 2010

Signature (précédée de la mention " lu et approuvé ")

Fasquel lu approuvé

Pour les mineurs signature du responsable légal :

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : SIMON PASCAL

adresse : 80000 AMIENS

N° Tél : 06

accepte d'être filmé(e) dans le cadre du sujet de mémoire décrit ci-dessous.

Sujet de mémoire :

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute et ayant pour thème la réalisation d'une vidéo dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient amputé artéritique

Droits des parties :

Les Droits de fixation, reproduction, communication et exploitation des images recueillies sont fixés aux termes de l'article L 212.3 du code de la propriété intellectuelle.

Le (La) soussigné(e) cède gratuitement ses droits sur la totalité des images enregistrées lors de sa prestation, fixées sur quelque support que ce soit (cassette vidéo, CD-ROM, ou mémoire d'ordinateur par exemple).

Cette session comprend également les droits :

- de reproduction et de modification des images recueillies en tout ou partie, par quelque moyen que ce soit;

- de communication au public à des fins d'enseignement, de démonstration d'explications, en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, et en toute circonstance;

- d'exploitation de ces images à des fins de recherches, sans aucune restriction sur la durée de l'exploitation, ni sur le territoire d'exploitation (droits d'exploitation pour tout pays).

Fait à Beauvais **le** 29/07/2010

Signature (précédée de la mention " lu et approuvé ")

Pour les mineurs signature du responsable légal :

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : ...VERHAEGHE Alain.....

adresse : .. 59...172 Wavringhem

N° Tél : .03..28..

accepte d'être filmé(e) dans le cadre du sujet de mémoire décrit ci-dessous.

Sujet de mémoire :

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute et ayant pour thème la réalisation d'une vidéo dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient amputé artéritique

Droits des parties :

Les Droits de fixation, reproduction, communication et exploitation des images recueillies sont fixés aux termes de l'article L 212.3 du code de la propriété intellectuelle.

Le (La) soussigné(e) cède gratuitement ses droits sur la totalité des images enregistrées lors de sa prestation, fixées sur quelque support que ce soit (cassette vidéo, CD-ROM, ou mémoire d'ordinateur par exemple).

Cette session comprend également les droits :

- de reproduction et de modification des images recueillies en tout ou partie, par quelque moyen que ce soit;

- de communication au public à des fins d'enseignement, de démonstration d'explications, en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, et en toute circonstance;

- d'exploitation de ces images à des fins de recherches, sans aucune restriction sur la durée de l'exploitation, ni sur le territoire d'exploitation (droits d'exploitation pour tout pays).

Fait à ..... le .....

Signature (précédée de la mention " lu et approuvé ")

lu et approuvé

Pour les mineurs signature du responsable légal :

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : LIGNY Thérèse

adresse : 20 bis CAYEUX sur mer

N° Tél : 03 22

accepte d'être filmé(e) dans le cadre du sujet de mémoire décrit ci-dessous.

Sujet de mémoire :

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute et ayant pour thème la réalisation d'une vidéo dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient amputé artéritique

Droits des parties :

Les Droits de fixation, reproduction, communication et exploitation des images recueillies sont fixés aux termes de l'article L 212.3 du code de la propriété intellectuelle.

Le (La) soussigné(e) cède gratuitement ses droits sur la totalité des images enregistrées lors de sa prestation, fixées sur quelque support que ce soit (cassette vidéo, CD-ROM, ou mémoire d'ordinateur par exemple).

Cette session comprend également les droits :

- de reproduction et de modification des images recueillies en tout ou partie, par quelque moyen que ce soit;

- de communication au public à des fins d'enseignement, de démonstration d'explications, en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, et en toute circonstance;

- d'exploitation de ces images à des fins de recherches, sans aucune restriction sur la durée de l'exploitation, ni sur le territoire d'exploitation (droits d'exploitation pour tout pays).

Fait à Berck **le** 28 juillet 2006

Signature (précédée de la mention " lu et approuvé ")

Pour les mineurs signature du responsable légal : lu et approuvé

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : RIEDER Jean Louis

adresse : . BOUBERS LES HESMOND

N° Tél : 06.42

accepte d'être filmé(e) dans le cadre du sujet de mémoire décrit ci-dessous.

Sujet de mémoire :

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute et ayant pour thème la réalisation d'une vidéo dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient amputé artéritique

Droits des parties :

Les Droits de fixation, reproduction, communication et exploitation des images recueillies sont fixés aux termes de l'article L 212.3 du code de la propriété intellectuelle.

Le (La) soussigné(e) cède gratuitement ses droits sur la totalité des images enregistrées lors de sa prestation, fixées sur quelque support que ce soit (cassette vidéo, CD-ROM, ou mémoire d'ordinateur par exemple).

Cette session comprend également les droits :

- de reproduction et de modification des images recueillies en tout ou partie, par quelque moyen que ce soit;

- de communication au public à des fins d'enseignement, de démonstration d'explications, en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, et en toute circonstance;

- d'exploitation de ces images à des fins de recherches, sans aucune restriction sur la durée de l'exploitation, ni sur le territoire d'exploitation (droits d'exploitation pour tout pays).

Fait à BEBEK **le** 27 juillet 2010

Signature (précédée de la mention " lu et approuvé ") Lu et Approuvé

Pour les mineurs signature du responsable **légal** : Rieder

ANNEXE III

[13, 19]

Exemples de compétences à acquérir par un patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique (matrice de compétences développées en 2001 par JF d'Ivernois et R Gagnayre).

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.
2. Repérer, analyser, mesurer*	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.
3. Faire face, décider*	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc.), décider dans l'urgence, etc.
4. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention*	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie, favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).
5. Pratiquer, faire*	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer des gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
6. Adapter, réajuster*	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
7. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits.	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.

* Les compétences comprennent des compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient

Annexe IV

Votre prothèse et vous

Vidéo réalisée dans le cadre de ce mémoire

Disponible sur demande : lacroixnathalie@yahoo.fr

ANNEXE V

Questionnaire à l'attention des patients artéritiques amputés fémoraux ou tibiaux

Nom : Prénom :

☐ Amputé tibial ☐ Amputé fémoral

Date de l'amputation :

Déjà appareillé : ☐ oui (date :) ☐ non

Cochez la bonne réponse à chacune des questions suivantes :

CHAPITRE 1 : LA PROTHESE

Question 1 :

La prothèse est la même pour tous les amputés fémoraux ?

☐ Oui ☐ Non

La prothèse est la même pour tous les amputés tibiaux ?

☐ Oui ☐ Non

Question 2 :

L'emboîture est réalisée directement sur le moignon du patient ?

☐ Oui ☐ Non

Question 3 :

Une fois terminée, la prothèse pourra avoir la même forme que ma jambe saine ?

☐ Oui ☐ Non

Question 4 :

Sur une prothèse fémorale, le genou peut être :

☐ Articulé, verrouillé ou fixe.

☐ Articulé, uniquement.

☐ Fixe, uniquement.

☐ Verrouillé, uniquement.

Question 5 :

En cas de problème avec ma prothèse :

☐ Je peux le régler tout seul.

☐ Je prends contact avec mon appareilleur.

☐ Je prends contact avec mon médecin traitant.

CHAPITRE 2 : CHAUSSAGE / DECHAUSSAGE

Prothèse fémorale avec manchon à collerette et valve de dépressurisation

Question 6:

Lorsque j'enfile mon manchon :

☐ Je mets de la crème sur le moignon pour qu'il glisse mieux.

☐ Je retourne le manchon, positionne correctement le fond du manchon contre le moignon et je déroule le manchon.

☐ Je tire sur le manchon pour qu'il remonte le plus haut possible.

Prothèse fémorale contact (sans interface)

Question 7 :

Pour chausser correctement mon emboîture :

☐ Je talque mon moignon pour qu'il glisse plus facilement.

☐ J'utilise un chausse-prothèse.

☐ Je me mets debout et je fais glisser mon moignon directement dans l'emboîture.

Prothèse tibiale avec manchon et gaine d'étanchéité

Question 8 :

Lorsque je mets la gaine de suspension en place :

☐ Je tire dessus pour la montée le plus haut possible.

☐ Je la positionne le plus bas possible sur l'emboîture et je la déroule.

☐ Je la déroule et je vérifie qu'elle arrive au moins trois travers de doigts au-dessus du manchon.

Question 9 :

Lorsque j'enfile mon manchon :

☐ Je mets de la crème sur le moignon pour qu'il glisse mieux.

☐ Je retourne le manchon, positionne correctement le fond du manchon contre le moignon et je déroule le manchon.

☐ Je tire sur le manchon pour qu'il remonte le plus haut possible.

CHAPITRE 3 : QUE FAIRE EN CAS DE PROBLEME DE CHAUSSAGE ?

Question 10 :

Si je ne peux pas enfiler ma prothèse (le moignon a augmenté de volume) :

☐ Tant pis, je ne la mets pas aujourd'hui.

☐ Je mets un bonnet élasto-compressif et je réessaye 30 minutes plus tard.

☐ J'appelle mon orthoprothésiste.

Question 11 :

Si ma prothèse ne tient pas :

☐ Je mets un ou plusieurs bonnets (fournis par mon orthoprothésiste.)

☐ Je mets une bande autour de mon moignon et j'enfile ma prothèse.

☐ Je comble l'espace avec du coton.

CHAPITRE 4 : SE MOUVOIR AVEC SA PROTHESE

Question 12 :

Pour marcher avec ma prothèse, j'aurai forcément besoin de 2 cannes :

☐ Oui ☐ Non

Amputés fémoraux

Question 13 :

Lorsque j'ai une prothèse fémorale avec un genou fixe ; je verrouille mon genou :

- ☐ Avant de me mettre debout, lorsque je suis encore assis.
- ☐ Lorsque je suis debout, en faisant un pas.
- ☐ Lorsque je suis debout, en claquant mon genou vers l'arrière.

Question 14 :

Quand je monte les escaliers :

- ☐ Je monte d'abord la jambe appareillée.
- ☐ Je monte d'abord la jambe saine.
- ☐ Je peux monter la jambe que je veux en premier, cela n'a pas d'importance.

Question 15 :

Avec un genou fixe, je descends d'abord le membre appareillé.

☐ Oui ☐ Non

Amputés tibiaux

Question 16 :

Pour marcher avec ma prothèse, j'ai forcément besoin d'une canne.

☐ Oui ☐ Non

Question 17 :

Pour monter et descendre les escaliers, je dois à chaque fois ramener les deux pieds sur la même marche.

☐ Oui ☐ Non

CHAPITRE 5 : QUE FAIRE QUAND VOUS NE PORTEZ PAS VOTRE PROTHESE ?

Question 18 :

Lorsque je ne porte pas ma prothèse :

- ☐ Je ne mets rien.
- ☐ Je mets un bonnet élasto-compressif.
- ☐ Je reste au lit.

CHAPITRE 6 : ENTRETIEN DE LA PROTHESE

Question 19 :

Pour entretenir ma prothèse :

- ☐ Je la nettoie entièrement à l'eau.
- ☐ Je nettoie l'emboîture à l'eau et au savon.
- ☐ J'essuie l'emboîture.

Question 20 :

Pour entretenir mon manchon :

- ☐ Je lave l'intérieur du manchon à l'eau et au savon.
- ☐ Je lave tout le manchon en le faisant tremper.
- ☐ J'essuie l'intérieur du manchon.

CHAPITRE 7 : HYGIENE DU MOIGNON

Question 21 :

Je vérifie l'état cutané de mon moignon :

- ☐ Une fois par semaine.
- ☐ Tous les jours, quand je retire ma prothèse.
- ☐ Quand j'ai mal.

Question 22 :

Lorsque je vérifie l'état cutané de mon moignon, je surveille l'apparition :

- ☐ De plaies uniquement.
- ☐ De rougeurs, de plaies et d'ampoules.
- ☐ De plaies et d'ampoules.

Question 23 :

Si j'ai une plaie au niveau du moignon :

- ☐ Je continue à porter ma prothèse comme avant.
- ☐ Je prends contact avec mon médecin ou une infirmière.
- ☐ Je ne porte plus ma prothèse.

Question 24 :

Pensez vous que la vidéo vous a été utile ?

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ?

Question 25 :

La vidéo a-t-elle répondue à toutes vos questions ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, qu'auriez vous aimé savoir de plus ?