

EBP ET RELATION CLINICIEN PATIENT

Intégrer les dimensions bio-psycho-sociales et l'écoute active en podologie: vers une pratique centrée sur la personne et sécurisée de l'anamnèse

Auteur

Entretiens de Podologie 2025

Mots clés

- Podologie
- Douleur du pied et de la cheville
- Drapeaux jaunes
- Anxiété vs stress
- Catégorisation clinique vs triage
- Anamnèse
- Écoute active et reflets
- Communication clinique
- Alliance thérapeutique
- Sécurité des soins

Résumé

Les conférences des Entretiens de Podologie 2025 convergent vers une évolution de la pratique podologique qui dépasse la seule lecture biomécanique des douleurs de l'appareil locomoteur. Elles articulent trois axes complémentaires: 1) l'intégration des facteurs psychosociaux (drapeaux jaunes) dans l'évaluation et la prévention secondaire des douleurs du pied et de la cheville; 2) l'amélioration de la fiabilité de la transmission d'informations par des stratégies de communication issues d'environnements à haut risque (reflets simples et amplifiés, questions ouvertes, maîtrise de la prosodie et du non-verbal); 3) l'ancrage éthique et scientifique de l'écoute active et des reflets, en cohérence avec l'entretien motivationnel, la médecine narrative et les recommandations de la HAS. Cette synthèse propose une trame opérationnelle pour la catégorisation clinique (distincte du triage), le repérage des drapeaux jaunes, et la conduite d'une anamnèse centrée sur la personne, afin de personnaliser les soins, renforcer l'alliance thérapeutique et réduire le risque de chronicisation.

Contexte et problématique

- Les douleurs fréquentes en podologie (talalgie plantaire, tendinopathie d'Achille, hallux valgus inflammatoire, douleurs non spécifiques, arthrose de cheville) sont

souvent modulées par des facteurs psychosociaux précoces (anxiété, catastrophisation, évitement, sur-activité).

- La lecture strictement mécanique se révèle insuffisante: plus les drapeaux jaunes sont présents, plus l'intensité douloureuse et le risque de chronicisation augmentent.
- La qualité de l'anamnèse conditionne l'exactitude du diagnostic, le pronostic et la pertinence du plan de soins; or, des interruptions précoces, des questions inductrices et des malentendus (périmètre d'action du podologue) altèrent la transmission.
- Obstacles majeurs au recueil d'informations: anxiété élevée, manque de confiance, honte, mauvaises expériences antérieures, contraintes culturelles/linguistiques, altérations de mémoire, charge cognitive des soignants.

Notions importantes

- Drapeaux jaunes: facteurs psychosociaux (anxiété, dépression, catastrophisation, croyances négatives, difficultés d'adaptation) prédictifs d'intensité et de persistance de la douleur.
- Stress vs anxiété:
 - Stress: réponse proportionnée, transitoire à une contrainte.
 - Anxiété: activation prolongée et orientée vers le futur; impact prédictif sur la trajectoire douloureuse.
- Prévention secondaire: repérer précocement les drapeaux jaunes chez les patients douloureux pour limiter persistance ou récurrence.
- Catégorisation clinique vs triage:
 - Catégorisation: pondération des facteurs mécaniques, psychosociaux et contextuels pour personnaliser diagnostic, pronostic et traitement.
 - Triage: organisation de la vigilance et des réorientations pour la sécurité (médicale, psychologique, sociale).
- Reflets (écoute active):
 - Reflet simple: miroir/paraphrase pour valider et clarifier.
 - Reflet amplifié: mise à l'épreuve bienveillante des hypothèses pour débusquer nuances et contradictions.
- Questions ouvertes vs inductrices: réduire les biais d'induction et améliorer la fiabilité de la transmission.
- Prosodie, non-verbal et silences: outils de signalement d'écoute, de respect et de structuration du récit.
- Alliance thérapeutique: relation de confiance et d'objectifs partagés, renforcée par validation et synthèses régulières.

Données qualitatives et vécu des patients

- Études qualitatives (notamment chez des coureurs): l'impact de la douleur évolue graduellement, passant de gênes gérables à des atteintes de la santé mentale lorsque l'identité et les activités désirées sont entravées.
- Déclencheur fréquent de la consultation: perte d'auto-efficacité, augmentation de la peur, échec des stratégies informelles (pairs, forums, IA, essais-erreurs).
- La consultation comme espace d'expertise croisée:
 - Le soignant apporte l'expertise clinique.
 - Le patient apporte l'expertise de son vécu, de ses contraintes et de ses objectifs.
 - Approche centrée sur la personne: ajuster le soin au contexte, aux capacités d'auto-gestion et à l'entourage.

Principes et outils issus des environnements à haut risque

- Échos normés (aviation, bloc opératoire): appel-réponse et confirmation verbale pour réduire les erreurs de transmission.
- Formulation des questions:
 - Éviter les questions inductrices pour limiter les réponses de convenance.
 - Préférer les questions ouvertes, qui favorisent précision et exhaustivité.
- Reflets en consultation podologique:
 - Reflets simples pour valider et localiser les symptômes.
 - Reflets amplifiés pour tester la cohérence du récit et préciser les contextes d'apparition.
 - Reprise du langage du patient et conversion en catégories cliniques accessibles.
 - Autorisation explicite des préoccupations pour réduire recours aux sources non professionnelles.
 - Prosodie, non-verbal et silences pour augmenter la perception de non-jugement.

Ancrages scientifiques et éthiques de l'écoute active

- Entretien motivationnel (Rollnick & Miller): favoriser le changement de comportements en validant le vécu et en co-construisant des décisions.
- Médecine narrative (Rita Charon): l'histoire singulière éclaire la compréhension de la maladie et renforce le lien soignant-soigné.
- Recommandations HAS (depuis 2015): intégration des compétences de communication comme leviers d'amélioration de la qualité des soins, de la recherche et de l'enseignement.
- Empathie cognitive et alliance thérapeutique: comprendre avant de présumer; synthèses régulières pour sécuriser consentement et compréhension.

Catégorisation clinique et plan de traitement

- Évaluer la part relative des dimensions mécanique, psychosociale et sociale/contextuelle.
- Adapter les interventions:
 - Tableaux majoritairement mécaniques: semelles, conseils de charge, progressivité, hygiène de vie.
 - Tableaux mixtes/persistants: combiner intervention mécanique avec stratégies d'adaptation (éducation, techniques cognitivo-comportementales de base, coordination interprofessionnelle).
- Triage raisonné:
 - Identifier les signaux d'alarme et besoins de réorientation (médicale, psychologique, sociale).
 - Ajuster la fréquence de suivi selon vulnérabilité et complexité.

Trame opérationnelle de l'anamnèse

1. Ouverture non inductrice: « Racontez-moi tout ce qui vous gêne, même au-dessus des pieds. »
2. Reflet simple: « Vous avez mal sous l'avant-pied droit, surtout en fin de journée, c'est bien ça ? »
3. Question ouverte ciblée: « Qu'est-ce qui a changé depuis l'apparition de ces fourmillements ? »

4. Reflet amplifié: « Donc, avec les semelles, marcher est confortable, mais les montées réveillent la douleur du tendon ? »
5. Validation de l'inquiétude: « Le fait que ce soit nouveau vous inquiète; souhaitez-vous qu'on explore les causes possibles ensemble ? »
6. Synthèse reformulée et "écho": reformuler la trajectoire et obtenir confirmation explicite.
7. Documentation claire: inscrire les termes du patient et les conditions d'apparition pour sécuriser les transmissions interprofessionnelles.

Implications pour la pratique podologique

- Repérage systématique des drapeaux jaunes dès la première consultation (prévention secondaire).
- Éducation et clarification: expliquer le rôle du stress et de l'anxiété; restaurer l'auto-efficacité.
- Anamnèse améliorée: questionnement ouvert, non jugeant; reformulation et synthèse partagée; co-construction d'objectifs fonctionnels réalistes et progressifs.
- Sécurité des soins: réduire les biais de tunnelisation, prévenir les erreurs de labellisation diagnostique et les complications liées aux informations manquantes.
- Alliance thérapeutique: renforcer adhésion et satisfaction par validation continue et communication transparente.
- Efficience: structurer le temps de consultation par alternance écoute–reflet–synthèse.

Points essentiels à retenir

- Les drapeaux jaunes modulent l'intensité, la persistance et la chronicisation des douleurs du pied et de la cheville.
- L'anxiété se distingue du stress et influence de manière prédictive l'évolution de la douleur.
- Catégoriser n'est pas trier: la première personnalise le soin, le second organise la vigilance et les réorientations.
- Les reflets simples et amplifiés, les questions ouvertes et une prosodie maîtrisée augmentent la fiabilité de la transmission et réduisent les erreurs.
- L'approche centrée sur la personne, soutenue par l'entretien motivationnel, la médecine narrative et les recommandations de la HAS, améliore la qualité du diagnostic, l'efficience des consultations et l'alliance thérapeutique.

Ressources mentionnées

- Recommandations HAS (communication en santé, depuis 2015).
- Podcasts: Le Serment d'Augusta.
- Chaîne Instagram: URPS Podo PACA (conférences sur l'écoute active).
- E-learning (anglais): International Association for Communication in Healthcare.
- Ouvrages: Rollnick & Miller (entretien motivationnel); « Communication professionnelle en santé »; ouvrage sur l'alliance thérapeutique.
- Formations continues proposées par les intervenants des Entretiens de Podologie 2025.

Conclusion

La podologie ne peut se limiter à la mécanique des appareils locomoteurs. L'intégration des facteurs psychosociaux, la distinction opérationnelle entre catégorisation et triage, et une anamnèse sécurisée par l'écoute active et les reflets constituent des piliers d'une prévention secondaire efficace et d'un soin réellement personnalisé. En reconnaissant l'expertise du patient sur son vécu, en articulant interventions mécaniques et accompagnement de l'adaptation comportementale, et en renforçant la communication clinique, la pratique podologique gagne en pertinence, en impact et en humanité.

Ressources gratuites

- **Podcast :** *Le serment d'Augusta*.
- **Réseaux sociaux :** Le compte chroniques du pied et les vidéos youtube de l'Urps Podo PACA
- **Recommandations officielles :** Les fiches de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la communication et la décision partagée.

Ressources payantes

- **E-learning :** L'International Association for Communication in Healthcare (IACH) (en anglais).

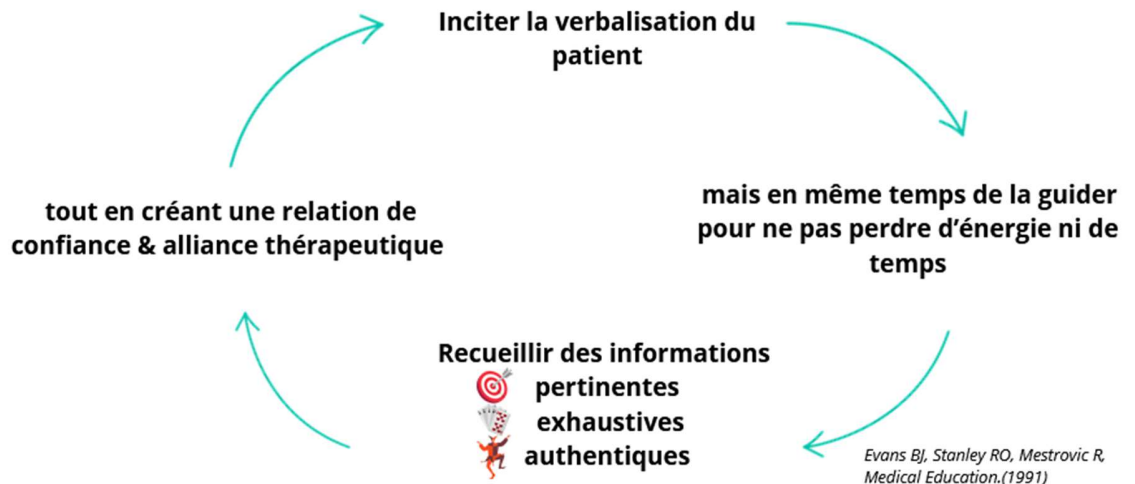
Livres :

- Les ouvrages fondateurs de **Rollnick et Miller** sur l'entretien motivationnel.
- La communication professionnelle en santé
(Richard & Lussier)
- **Formations :** Des formations spécifiques proposées par des organismes professionnels

Douleur, triage et raisonnement cliniques (4Foot Solution)

Triage et communication (IFPEK)

Ecoute active ou reflective



Références

- (1) Cotchett, M., Frescos, N., Whittaker, G. A., & Bonanno, D. R. (2022). *Psychological factors associated with foot and ankle pain: a mixed methods systematic review. Journal of foot and ankle research*, 15(1), 10.
- (2) Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984) *The effect of physician behavior on the collection of data. Annals of Internal medicine*,
- (3) Drisko, J. (2017). *Active collaboration with clients: An underemphasized but vital part of evidence-based practice. Social Work*, 62(2), 114-121.
- (4) de Santé, H. A. S (2015). *Démarche centrée sur le patient: information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*. Accès: [https://www. has-sante. fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)