



Changing Diabetes®

L'engagement de Novo Nordisk



changing diabetes®





Intégrer l'approche psychosociale au cœur de la prise en charge des maladies chroniques : l'exemple du diabète



La logique de DAWN : pour une approche psychosociale des maladies chroniques

Gérard Reach

Service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques

Hôpital Avicenne APHP

et EA 3412, CRNH-IdF, Université Paris 13, Bobigny

gerard.reach@avc.aphp.fr

Conflits d'intérêt

Pr Gérard Reach

- **Pas de conflit d'intérêt
dans le cadre de cette conférence**

La logique de DAWN

Pour une approche psychosociale des maladies chroniques



DAWN²
DIABETES ATTITUDES WISHES & NEEDS

*Une médecine de la
personne*



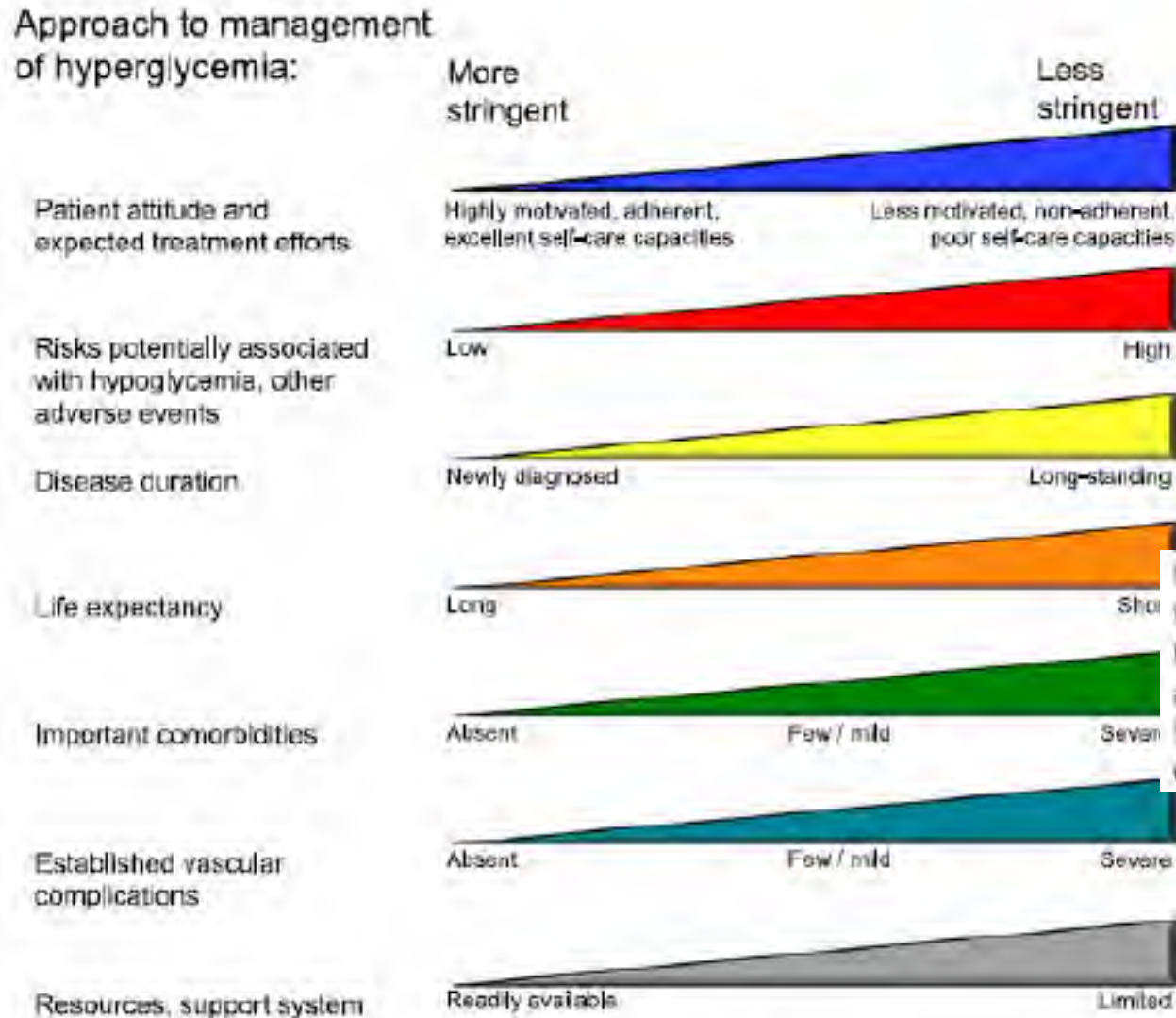
La logique de DAWN

Pour une approche psychosociale des maladies chroniques

- **La logique d'une médecine de la personne**
- **Comment les deux études DAWN s'intègrent dans cette logique**

Vers une médecine individualisée

Le consensus européen-américain 2012



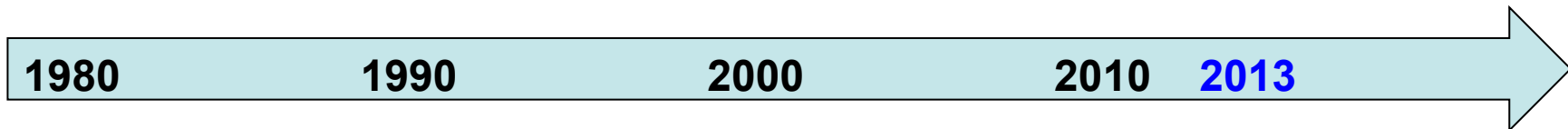
Individualization of treatment is the cornerstone of success. Our recommendations are less prescriptive than and not as algorithmic as prior guidelines. This follows from the general lack of comparative-effectiveness research in this area. Our

Figure 1—Depiction of the elements of decision making used to determine appropriate efforts to achieve glycemic targets. Greater concerns about a particular domain are represented by increasing height of the ramp. Thus, characteristics/predicaments toward the left justify more stringent efforts to lower HbA_{1c}, whereas those toward the right are compatible with less stringent efforts. Where possible, such decisions should be made in conjunction with the patient, reflecting his or her preferences, needs, and values. This “scale” is not designed to be applied rigidly but to be used as a broad construct to help guide clinical decisions. Adapted with permission from Ismail-Beigi et al. (20).

Inzuchi SE et al., Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach
Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)
Diabetes Care April 2012
Diabetologia

Logique d'une médecine de la personne

• Les trente glorieuses de la diabétologie



1976 : HbA1c

1977-1978 : Pirart et Tchobroutsky

1979 : Autosurveillance glycémique, pompes à insuline sous-cutanée

1980 : Insuline humaine

1985 : Stylo à insuline

1993 : **DCCT**

1998 : **UKPDS**

des outils

des **grandes études**

Analogues rapides de l'insuline

Analogues lents

2003 : **Steno 2**

fin 2000: Axe incrétine

CGMS

Logique d'une médecine de la personne

- Les trente glorieuses de la diabétologie
- **Trois inventions de la médecine
et deux symptômes**

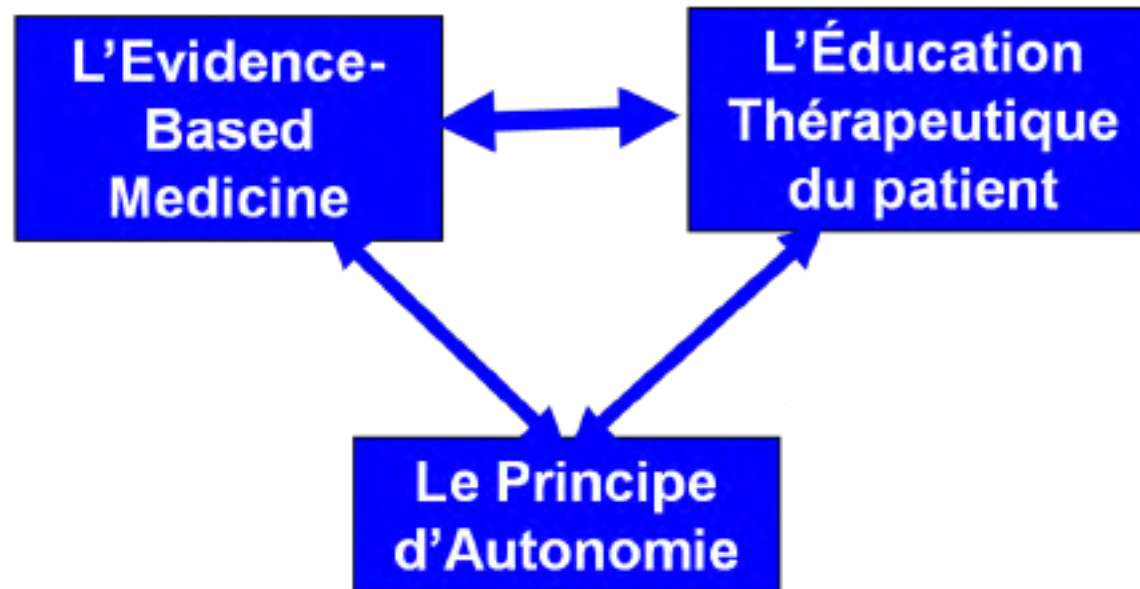
Trois inventions

Cochrane A, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, 1972

Guyatt G, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992 ; 268 : 2420-5.

Miller LV, Goldstein J, More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med*. 1972 ;286:1388-91

Définition par l'OMS: 1998



Tom Beauchamp and James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1ère édition, 1979

En France: loi des droits des malades, 4 Mars 2002

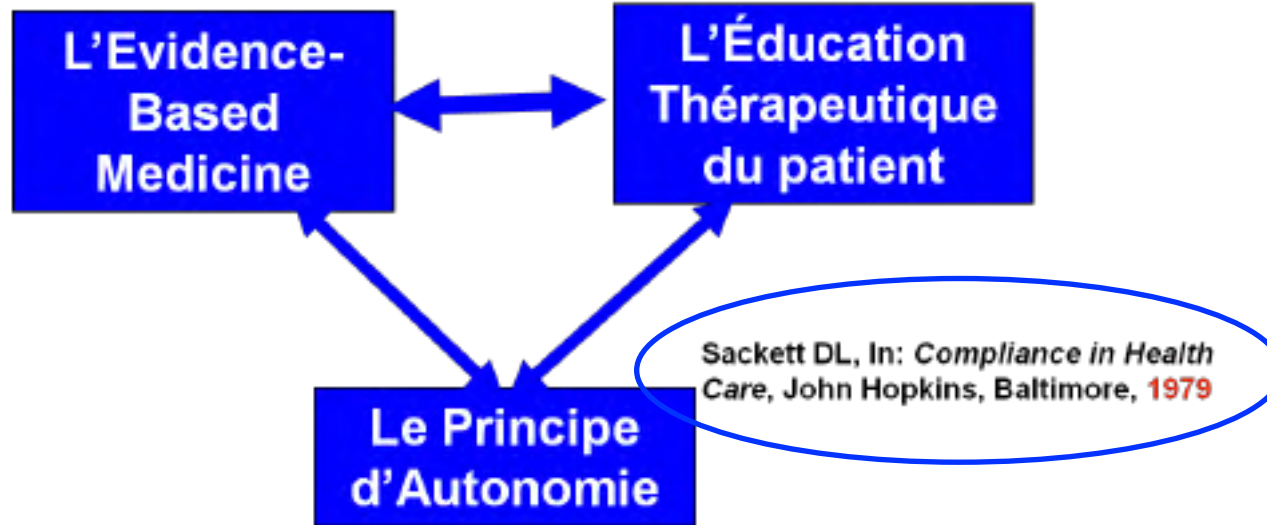
Un symptôme : la non-observance

Cochrane A, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, 1972

Guyatt G, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992 ; 268 : 2420-5.

Miller LV, Goldstein J, More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med.* 1972 ;286:1388-91

Définition par l'OMS: 1998

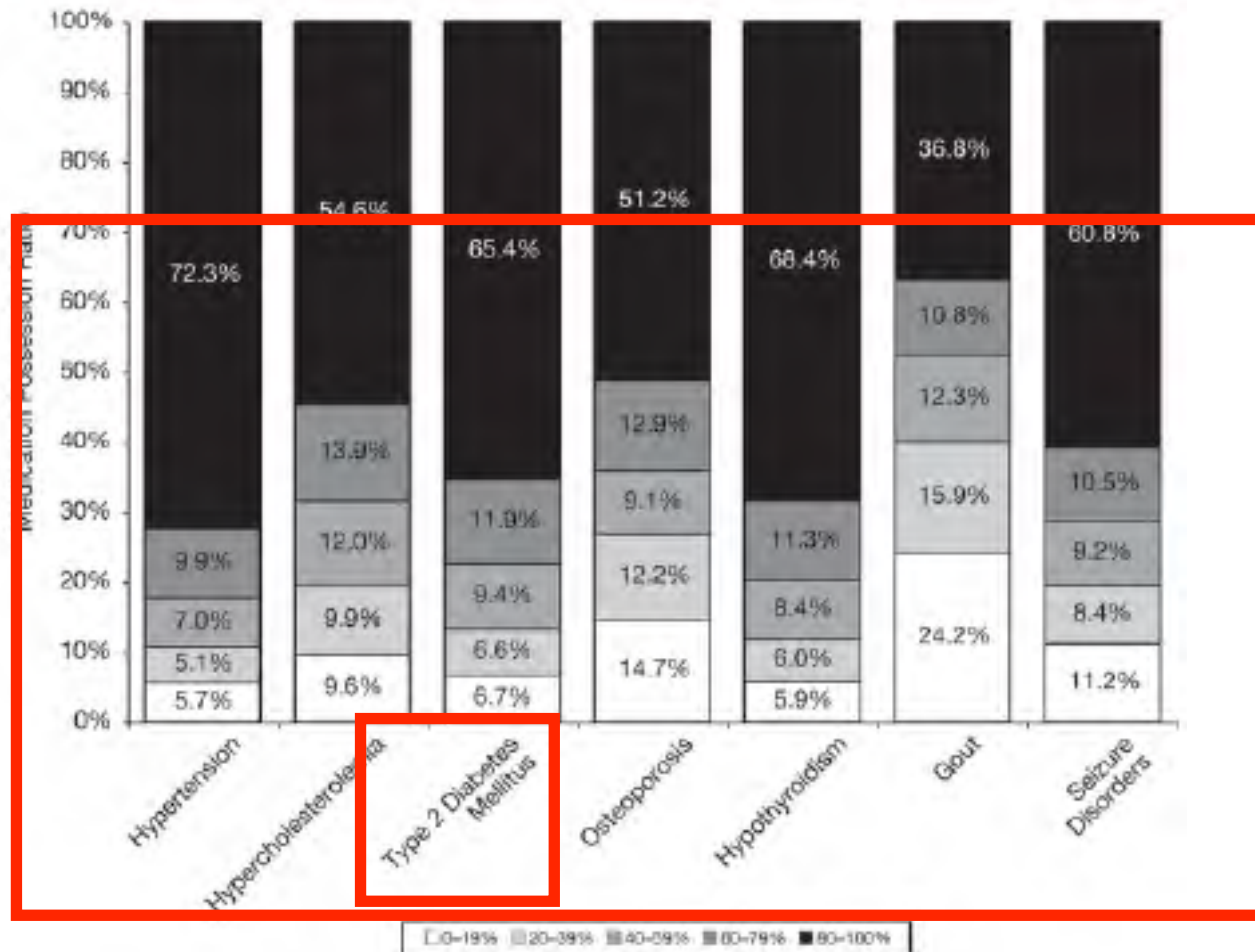


Sackett DL, In: *Compliance in Health Care*, John Hopkins, Baltimore, 1979

Tom Beauchamp and James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1ère édition, 1979

En France: loi des droits des malades, 4 Mars 2002

Mauvaise observance toutes les maladies chroniques MPR chez 700.000 patients



**MPR > 80 %
Bonne
observance**

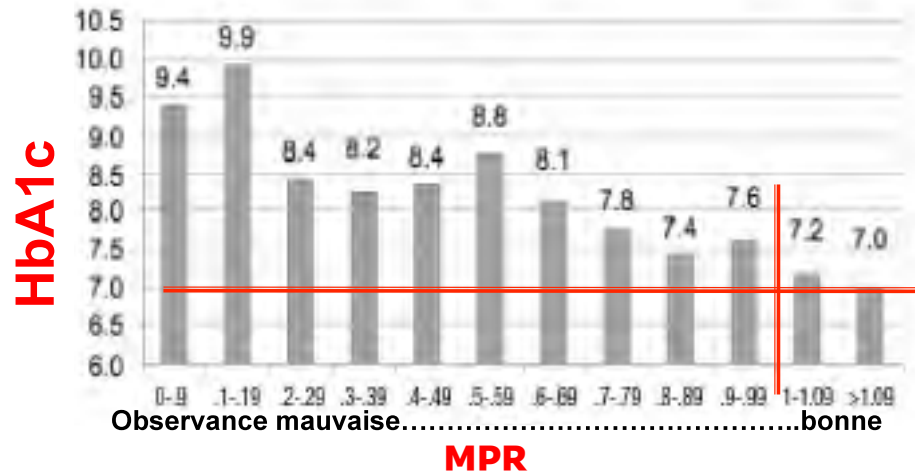
**MPR:
Medication
Possession
Ratio**

**Rapport
boîtes
achetées
sur
boîtes
prescrites**

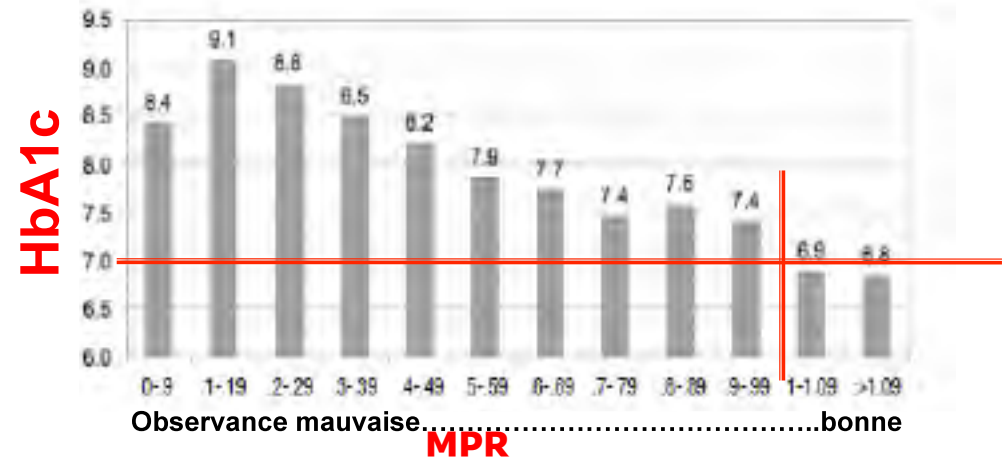
Briesacher BA et al., Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy* 2008; 28: 437-443

Diabète de type 2: les conséquences de la non-observance

Sulfamides hypoglycémiants



Metformine



MPR = rapport médicaments achetés/médicaments prescrits

Lawrence DB et al., Relationship of Oral antihyperglycemic (sulfonylurea or metformin) medication adherence and Hemoglobin A1c goal attainment for HMO patients enrolled in a Diabetes Disease Management Program *J Manag Care Pharm* 2006;12:466-71

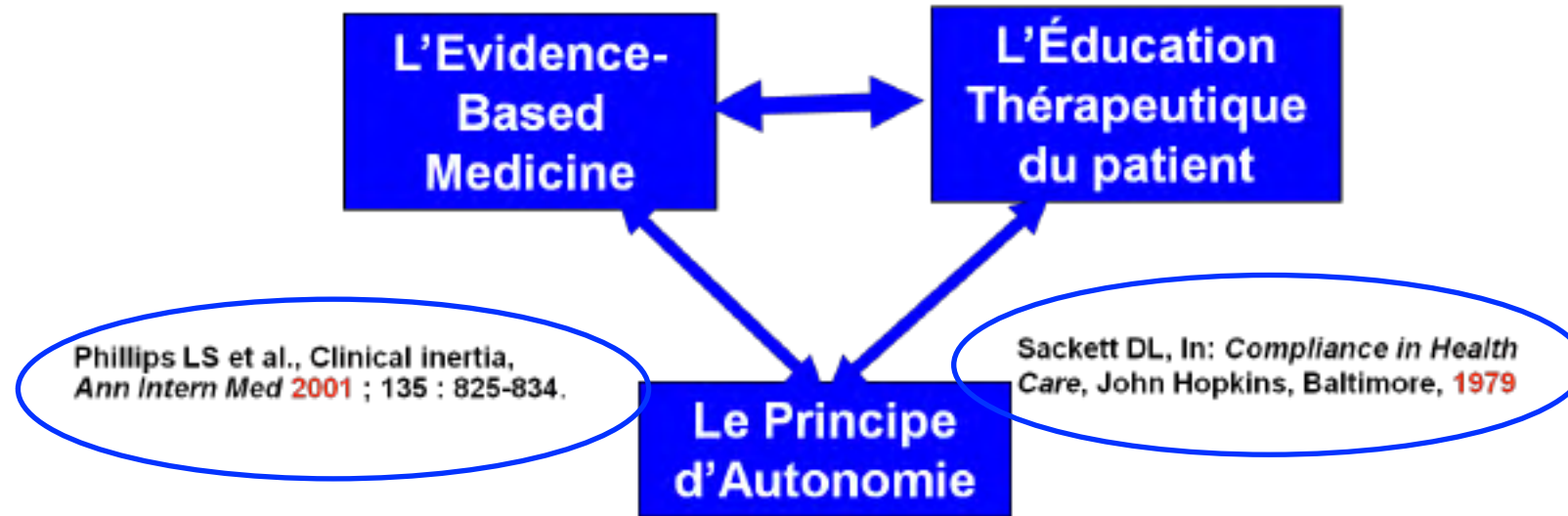
Un deuxième symptôme : l'inertie clinique

Cochrane A, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, 1972

Guyatt G, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992 ; 268 : 2420-5.

Miller LV, Goldstein J, More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med.* 1972 ;286:1388-91

Définition par l'OMS: 1998



Phillips LS et al., Clinical inertia, *Ann Intern Med* 2001 ; 135 : 825-834.

Sackett DL, In: *Compliance in Health Care*, John Hopkins, Baltimore, 1979

Tom Beauchamp and James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1ère édition, 1979

En France: loi des droits des malades, 4 Mars 2002

Inertie clinique

Le cas de l'insulinorésistance psychologique

Docteurs

Le patient n'en veut pas

Difficile, prend du temps

Hypos, prise de poids

ça ne marchera pas, c'est cher

Patients

Douloureux et difficile

Prise de poids, hypos

« bout du rouleau »,
le diabète s'aggrave

Dependance

Phillips P, Type 2 Diabetes – Failure, blame and guilt in the adoption of insulin therapy, *Rev Diabet Stud.* 2005; 2: 35–39

Logique d'une médecine de la personne

- Les trente glorieuses de la diabétologie
- Trois inventions de la médecine et deux symptômes
- **La maladie chronique
comme déconstruction de la personne**

Maladie *chronique*

Une banale définition

Un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies.

O.M.S.

Le temps arrêté de la maladie chronique



L'entrée dans la maladie chronique, un événement

- **Diabète de type 1: l'annonce d'un diabète à l'enfant et sa famille, « coup de tonnerre dans un ciel serein »**

Henri Lestradet *L'enfant et son diabète*, Paris : Privat, 1992

- **Diabète de type 2: « le premier nuage d'un chiffre glycémique anormal »**

Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal

Émotions lors de l'annonce

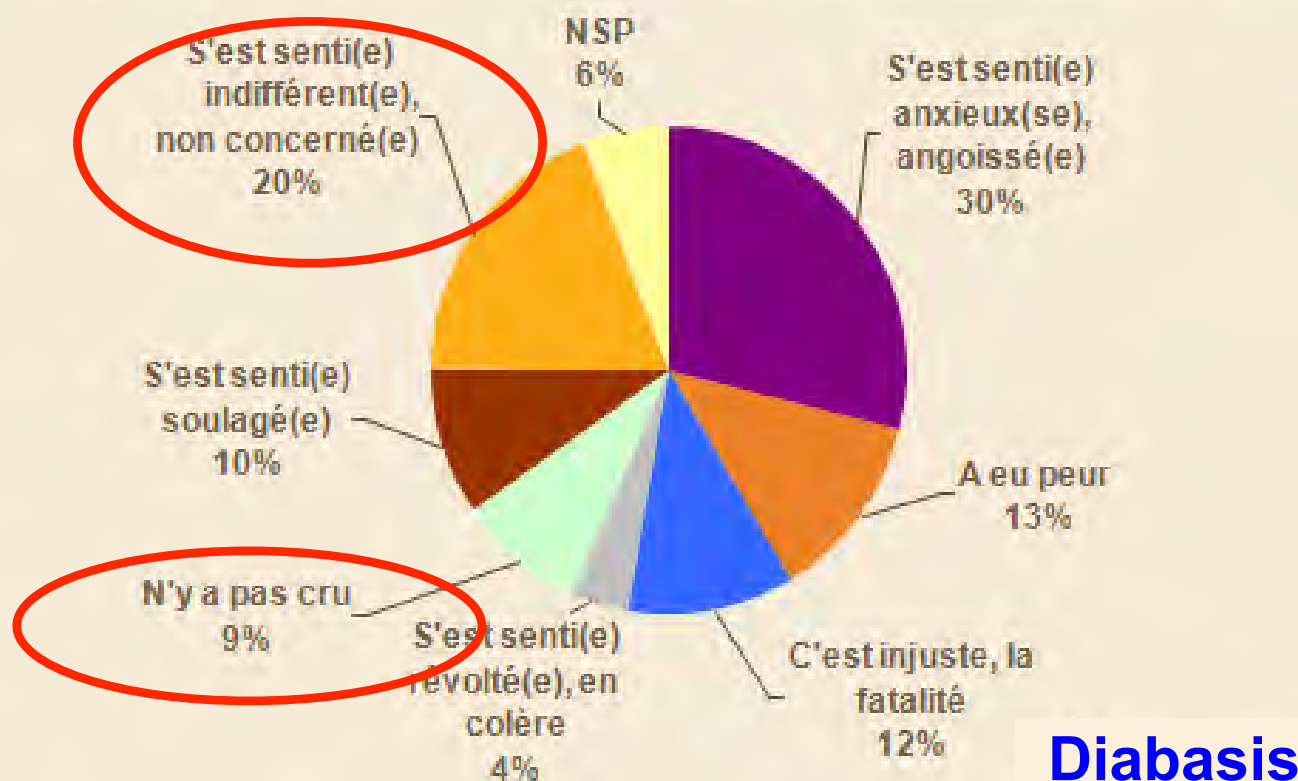
L'annonce du diagnostic du diabète de type 2



Mosnier-Pudar H et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French Diabasis survey. Diabetes Metab. 2009 ;35:220-7.

Déni lors de l'annonce

L'annonce du diagnostic du diabète de type 2



Mosnier-Pudar H et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French Diabasis survey. Diabetes Metab. 2009 ;35:220-7.

Angoisse lors de l'annonce

L'annonce du diagnostic du diabète de type 2



Mosnier-Pudar H et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French Diabasis survey. *Diabetes Metab.* 2009 ;35:220-7.

L'angoisse

Le cas de l'homme qui a perdu une grosse partie de ses ressources à la suite d'un krach boursier, et qui a peur de la pauvreté menaçante :

«Il s'angoissera l'instant d'après quand, en se tordant nerveusement les mains, il s'écrie : qu'est-ce que je vais faire ?

Mais qu'est-ce que je vais faire ? »

Sartre, L'Être et le néant, Gallimard, 1976, p. 64.

« L'acceptation » de la maladie

- choc initial
- déni
- révolte
- marchandage
- état méditatif-dépressif où prédomine la tristesse
- **acceptation** de la maladie et des contraintes de son traitement

Gfeller R, Assal JP, Le vécu du malade diabétique, Folia Psychopractica, 10, Hoffmann-Laroche et Cie, SA Bâle, 1979

**Je préférerais dire: l'acceptation de l'idée
que je vais avoir à vivre avec cette maladie**

La vraie question, qu'il se pose

- Suis-je encore moi-même ? Que va-t-il arriver ?

La maladie comme aliénation

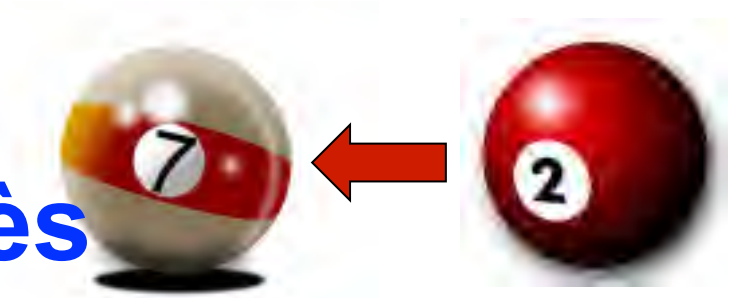


Depuis la maladie, il n'est plus le même.

Le temps déformé



Avant et après **Est-ce *réversible* ?**



Quand la maladie devient chronique après avoir été critique, il y a un autrefois dont le patient ou l'entourage garde la nostalgie.

Aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique.

Georges Canguilhem, *Le Normal et Le Pathologique*, P.U.F., 1991, p. 87,157

Logique d'une médecine de la personne

- Les trente glorieuses de la diabétologie
- Trois inventions de la médecine et deux symptômes
- La maladie chronique comme déconstruction de la personne
- **La personne comme récit et comme projet**

L'HbA1C: la note

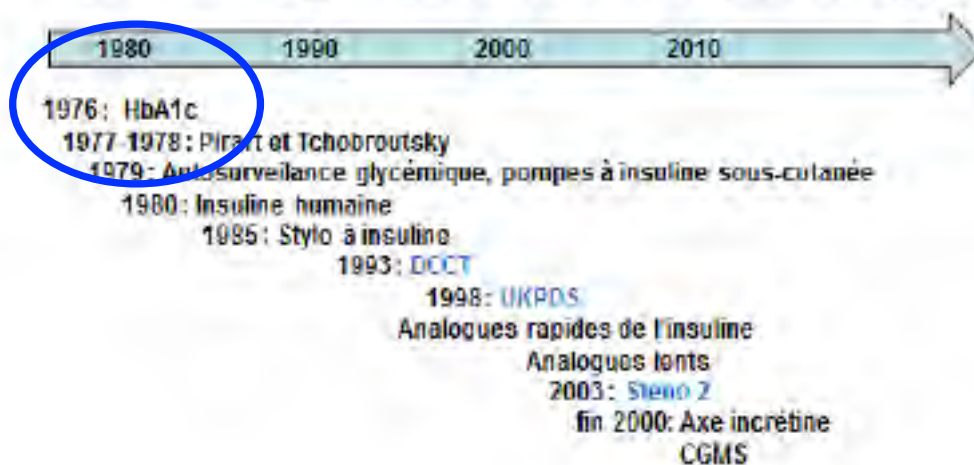
sur le bulletin trimestriel

- Comment allez-vous ?
- En moyenne, docteur, je vais bien
- Que voulez-vous dire ?
- 6,2 %

Un de mes patients

Pour une médecine de la personne

• Les trente glorieuses de la diabétologie



Glycémie moyenne	Niveau de contrôle	HbA1c
380	mauvais	14%
340		13%
310		12%
280		11%
240		10%
210	bon	9%
180		8%
140		7%
110	excellent	6%
80		5%

Une personne ?

La personne comme récit

Une personne, a dit Paul Ricoeur, n'est pas seulement quelqu'un dont on parle, c'est aussi quelqu'un qui parle de lui à la première personne et qui peut faire le récit de sa vie, qui peut lui-même la raconter.

« Raconter, c'est dire qui a fait quoi, pourquoi et comment, en étalant dans le temps la connexion entre ces points de vue. »

Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Éditions du Seuil, 1990, p. 174.

La personne comme continuité

X au temps t_1 , est encore vivante au temps t_n
en tant que personne X
s'il existe au temps t_n une personne Y
qui présente une *relation R* avec la personne X.
Cette relation R implique l'existence de
connexions psychologiques :

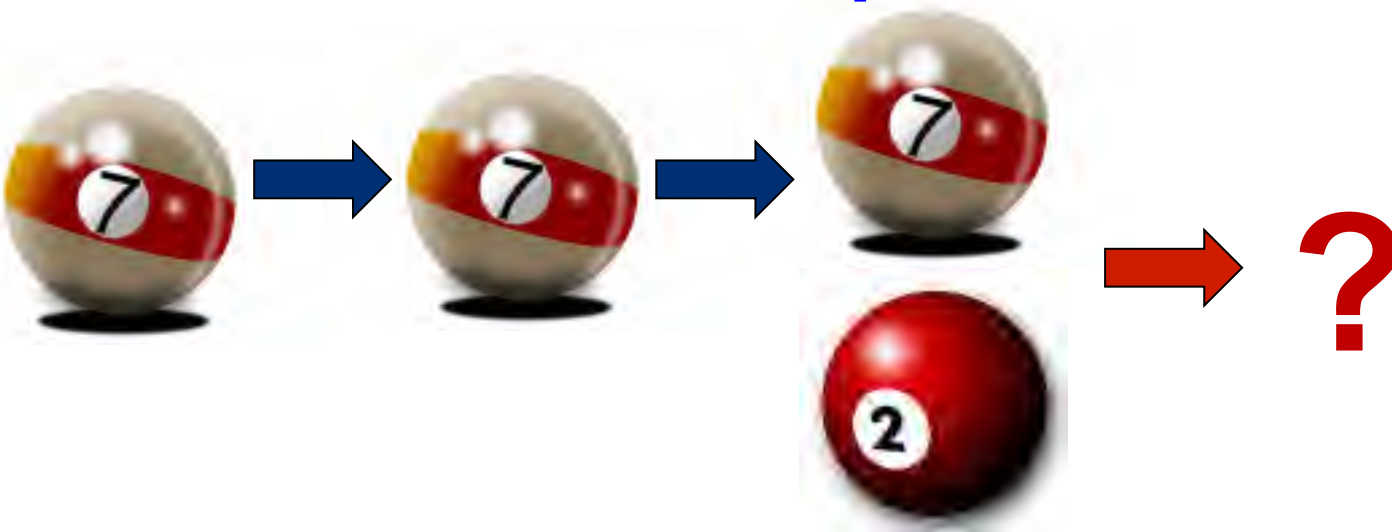
**Y et X ont des souvenirs en commun,
ont fait, font ou vont faire certaines choses
dans le cadre d'une intention commune.**

Derek Parfit, *Reasons and Persons*, Oxford, 2004, p. 314

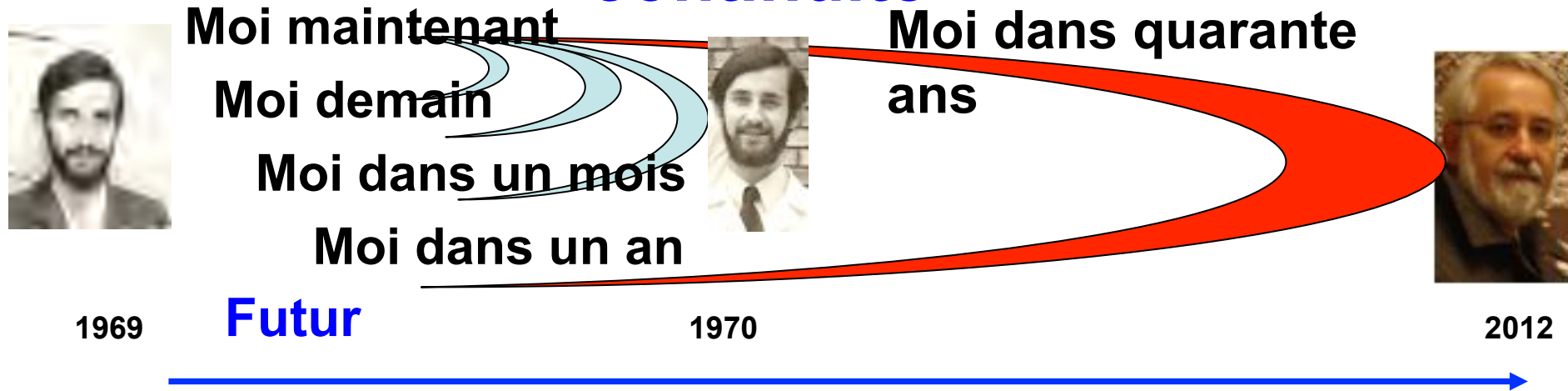


- **Suis-je encore moi-même ?
Vais-je rester moi-même?**

**La maladie comme atteinte à la
continuité de la personne**



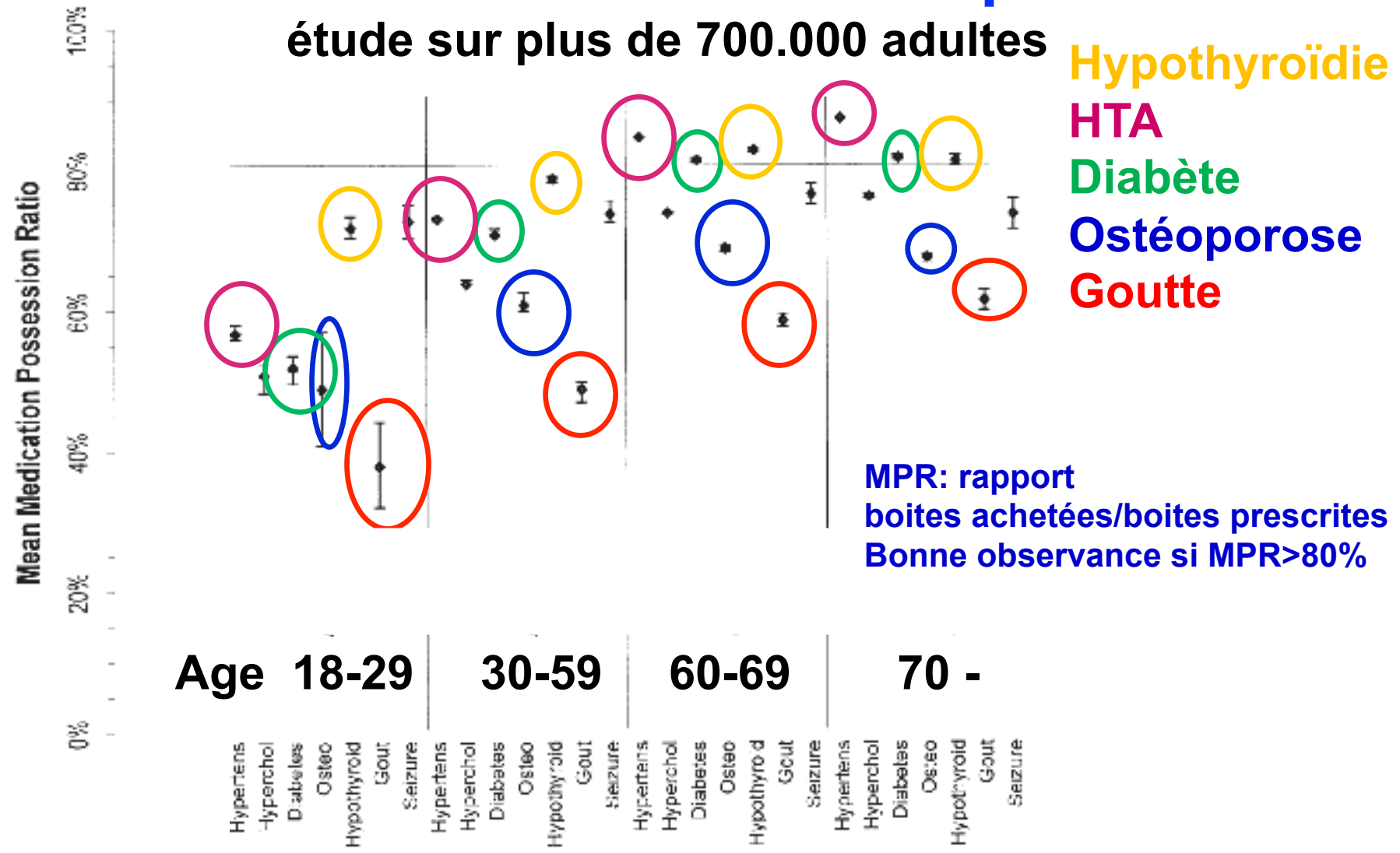
L'importance de la continuité



Mon souci du futur peut correspondre au degré de connectivité qui existe entre moi maintenant et moi dans le futur. Puisque la connectivité est plus faible sur les longues périodes, **il peut être rationnel pour moi de me soucier moins de mon futur que de mon présent.**

Effet de l'âge sur la non-observance dans 7 maladies chroniques

étude sur plus de 700.000 adultes



Briesacher BA et al., Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy* 2008; 28: 437-443

Horizon temporel et observance

le cas du tabagisme

Méthode:

- Faites une liste de dix événements qui vont vous arriver et indiquez l'âge que vous aurez alors
- Détermination du délai entre l'âge actuel et l'événement le plus tardif.

Les femmes qui fument ont un horizon temporel plus court.

Jones BA et al., Temporal horizon: modulation by smoking status and gender",
Drug Alcohol Dependence, 2009;104 Suppl 1:S87-93

Horizon temporel

On demande aux participants de terminer une petite histoire et d'indiquer la durée de la fin qu'ils ont imaginée.

“Joe prend un café dans un restaurant. Il est en train de penser à l'avenir lorsque ...”

“En se réveillant, Bill se mit à penser à l'avenir. En général, il s'apprêtait à...”

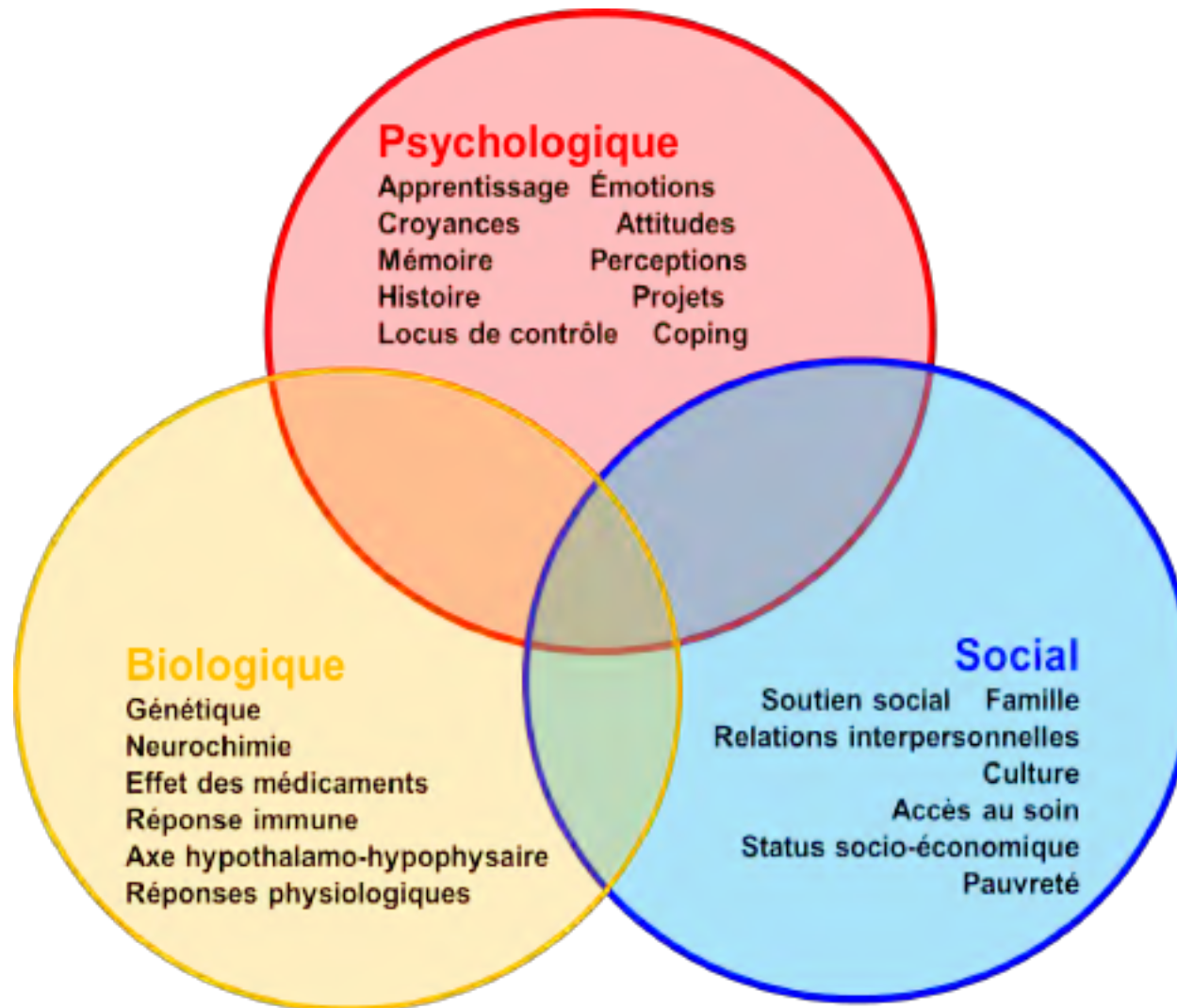
Durée moyenne de la fin de l'histoire

- Haut	2 semaines	2 ans	revenu
- Faible	1 heure	6 mois	revenu

**Un défi de la prise en charge
des maladies chroniques
L'antinomie avec la précarité**

**Je ne sais pas de quoi demain sera fait
Éviter des complications à long terme**

La personne, être bio-psycho-social



Logique d'une médecine de la personne

- Les trente glorieuses de la diabétologie
- Trois inventions de la médecine et deux symptômes :
- La maladie chronique comme déconstruction de la personne
- La personne comme récit et comme projet
- **La personne comme *agent réflexif***

Patient ou Agent ?

Est « patient »

celui *à qui* les événements arrivent

Est « agent »

celui *par qui* les événements arrivent

Je considère que tout ce qui se fait ou qui arrive de nouveau est généralement appelé par les philosophes une passion au regard du sujet auquel il arrive, et une action au regard de celui qui fait qu'il arrive ; en sorte que, bien que l'agent et le patient soient souvent fort différents, l'action et la passion ne laissent pas d'être toujours une même chose qui a ces deux noms, à raison des deux divers sujets auxquels on la peut rapporter ».

Descartes, *Les Passions de l'âme*

1. La notion de *personne*

Être une *personne*, et pas seulement un *vouleur* * capable de désirs bruts, c'est être doué d'une capacité de former des désirs à propos des désirs, ayant une supériorité sur ces désirs de premier ordre.

* Dans le texte anglais: a *wanton*.

Frankfurt H. Freedom of the will and the concept of a person, *Journal of Philosophy* 1971; 68: 5-20

Activité réflexive de l'esprit



2. La notion de personne *autonome*

Personne autonome
l'être capable de réfléchir sur ses croyances
et ses désirs, et qui est capable,
éventuellement, de les modifier, sur la base
de cette réflexion.

Gerald Dworkin, *The Theory and Practice of Autonomy*,
Cambridge, 1988.

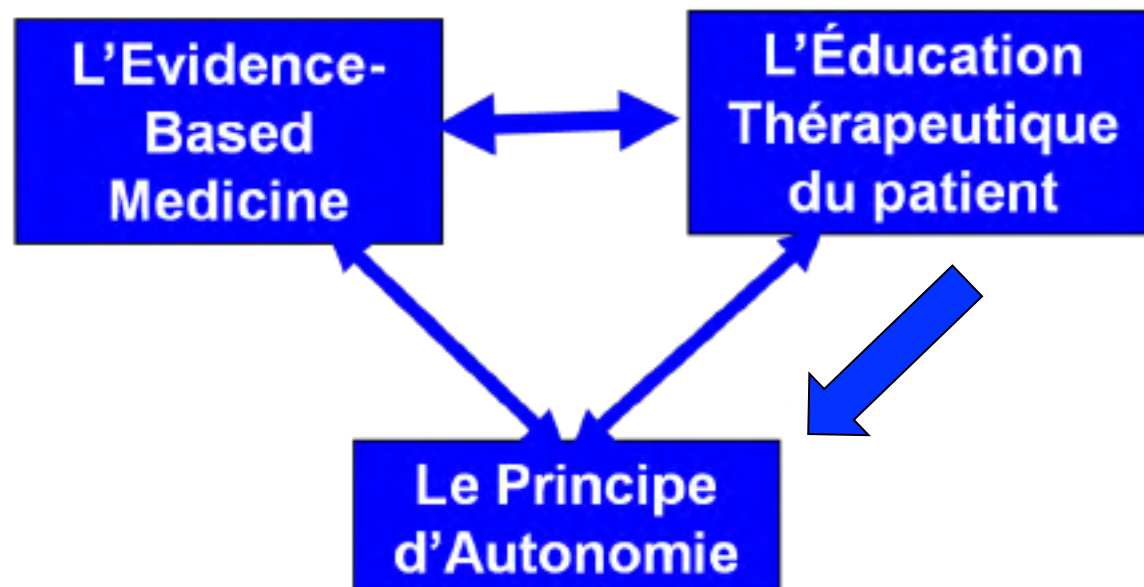
Trois inventions

Cochrane A, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, 1972

Guyatt G, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992 ; 268 : 2420-5.

Miller LV, Goldstein J, More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med.* 1972 ;286:1388-91

Définition par l'OMS: 1998



Tom Beauchamp and James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1ère édition, 1979

En France: loi des droits des malades, 4 Mars 2002

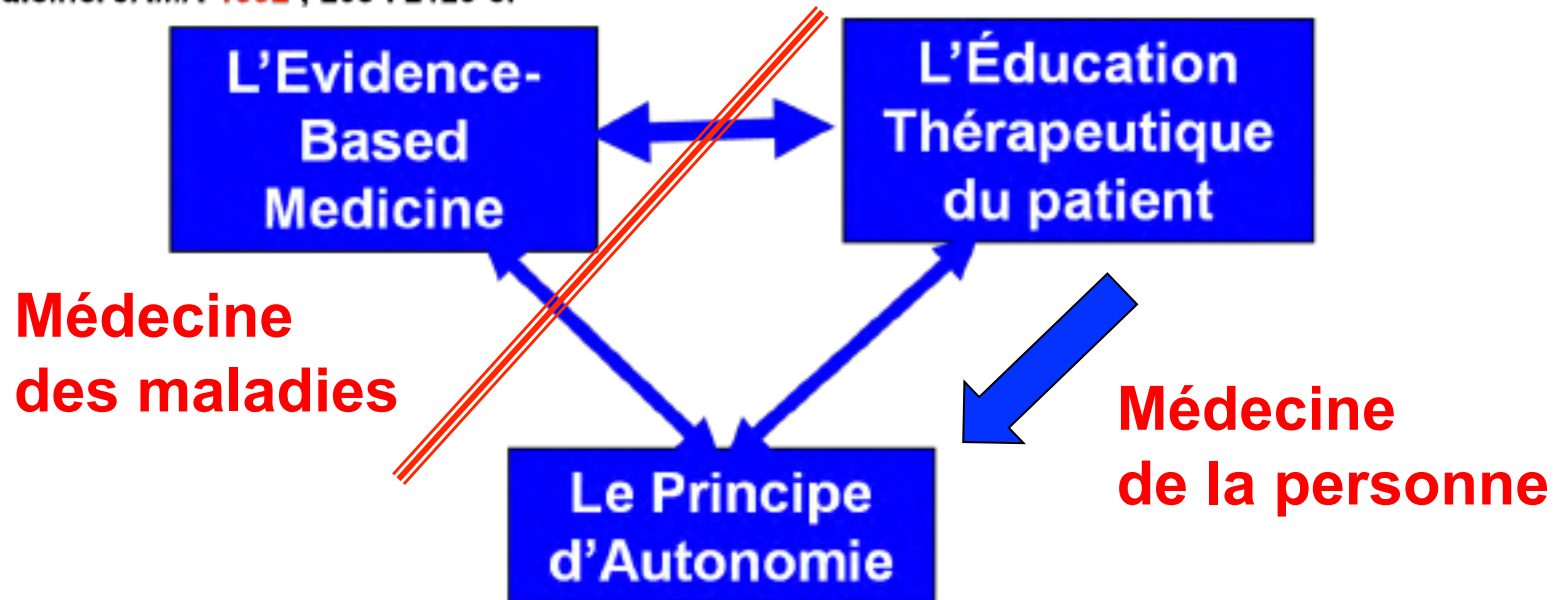
Trois inventions

Cochrane A, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, 1972

Guyatt G, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992 ; 268 : 2420-5.

Miller LV, Goldstein J, More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med*. 1972 ;286:1388-91

Définition par l'OMS: 1998



Tom Beauchamp and James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1ère édition, 1979

En France: loi des droits des malades, 4 Mars 2002

Logique d'une médecine de la personne

- Les trente glorieuses de la diabétologie
- Trois inventions de la médecine
- Un symptôme : la non-observance
- La maladie chronique
comme déconstruction de la personne
- La personne
comme récit et comme projet
- La personne comme agent réflexif
- **Le modèle bio-psycho-social**

The need for a new medical model: a challenge for biomedicine

Engel GL, *Science* 1977;196: 129-136



George L. Engel
1913-1999
**pour un modèle bio-
psycho-social**

The Biomedical Model

The dominant model of disease today is biomedical, with molecular biology its basic scientific discipline. It assumes disease to be fully accounted for by deviations from the norm of measurable biological (somatic) variables. It leaves no room within its framework for the social, psychological, and behavioral dimensions of illness.

Limitations of the Biomedical Model

We are now faced with the necessity and the challenge to broaden the approach to disease to include the psychosocial without sacrificing the enormous advantages of the biomedical approach.

La logique de DAWN

Pour une approche psychosociale des maladies chroniques

- Logique d'une médecine de la
personne

Comment



et

DAWN2
DIABETES ATTITUDES WISHES & NEEDS

s'intègrent dans cette logique

L'étude DAWN

Diabetes Attitudes

Wishes and Needs



- **Première étude psychosociale internationale dans le diabète**
- **Objectifs :**
 - **Comprendre les perceptions et comportements des patients diabétiques et de leurs soignants**
 - **Identifier les axes d'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des patients**



**5400 patients
et 3850 soignants
dans 11 pays**

Principaux enseignements de DAWN



- **Des écarts majeurs** entre les besoins des patients diabétiques et les dispositifs existants en matière de :
 - Soutien psychologique
 - Support d'éducation
- **Une auto-gestion limitée** de leur maladie
- **Des problèmes psychosociaux** qui concernent l'ensemble des pays



Un faible niveau de bien-être général pour plus de 4 patients sur 10

Sentiment de solitude et de désespoir



- Prévalence de la dépression de 2 à 3 fois supérieure chez les personnes atteintes de diabète

De nombreux sujets de préoccupations pour les patients



- **La conscience de l'impact à long terme de la maladie sur leur santé**
- **La crainte des hypoglycémies pour les patients traités par insuline**
- **L'impression d'être restreint dans leur vie quotidienne en particulier sur le plan diététique**
- **Le sentiment de culpabilité s'ils ne suivent pas correctement leur traitement ou n'atteignent pas l'objectif**

Des attitudes qui retardent l'usage de traitements efficaces



Plus de la moitié des patients sont inquiets au démarrage de l'insuline

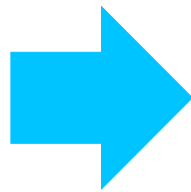
La moitié pense que démarrer l'insuline est synonyme d'échec dans la gestion de leur diabète

Seulement 1 patient sur 5 pense que l'insuline peut les aider à améliorer leur diabète

Plus de 1 médecin sur 3 retarde la mise sous insuline

2/3 des médecins utilisent l'insuline comme une menace pour leurs patients

10 ans après



DAWN²
DIABETES ATTITUDES WISHES & NEEDS



DAWN2

DIABETES ATTITUDES WISHES & NEEDS
ATTITUDES, SOUHAITS &
BESOINS
face au DIABETE



Autour de “moi” Trois cercles

Trois
questionnaires

- **Personnes** diabétiques (PWD)
- **Membres de la famille**
- **Professionnels de santé (HCP)**

Liste des pays ayant participé à l'étude

Algeria 

Canada 

China 

Denmark 

France 

Germany 

India 

Italy 

Japan 

Mexico 

Netherlands 

Poland 

Russia 

Spain 

Turkey 

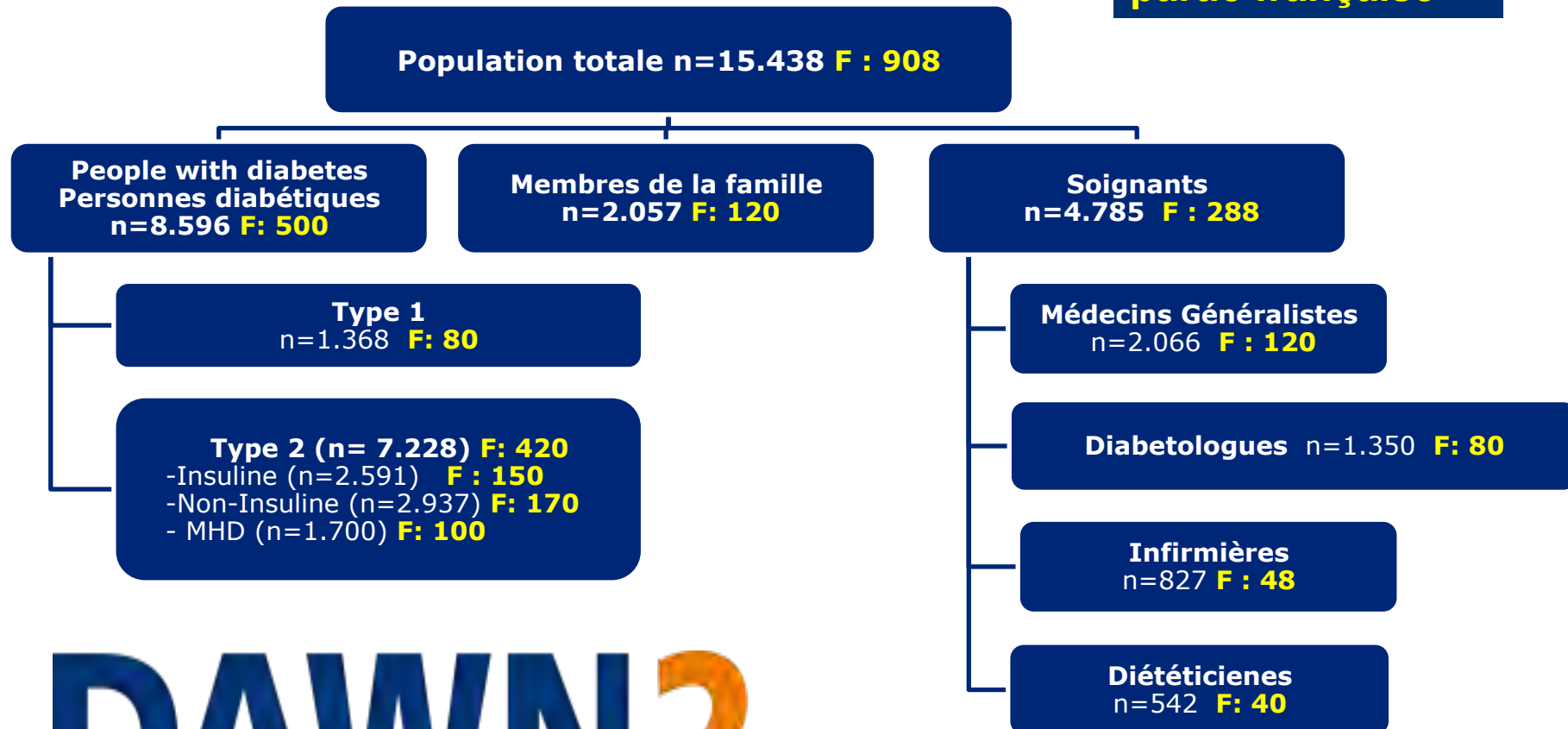
UK 

US 

DAWN²
DIABETES ATTITUDES WISHES & NEEDS

Population totale de l'étude (18 pays)

F: chiffres de la partie française



DAWN²

DIABETES ATTITUDES WISHES & NEEDS

Objectifs de DAWN 2



Objectif Principal

- Evaluer et explorer les **moteurs** et **obstacles** potentiels d'une gestion active et efficace du diabète chez **les personnes diabétiques, les membres de leur famille** et les professionnels de santé

Objectifs Secondaires

- Evaluer et mesurer l'état de santé, la qualité de vie, l'accès à **l'éducation** et à l'auto-gestion, les soins auto-administrés
- Evaluer l'accès, l'utilisation et l'utilité du soutien des équipes de soins, de la famille et des amis, de la communauté et de la société.
- Explorer et identifier les principaux moteurs et obstacles des soins chroniques centrés sur le patient pour chaque groupe d'intervenants.
- Identifier les réussites, souhaits, besoins, préférences et priorités de changement parmi les intervenants clés du diabète.

Annnonce des premiers résultats français

Focus sur les membres de la famille



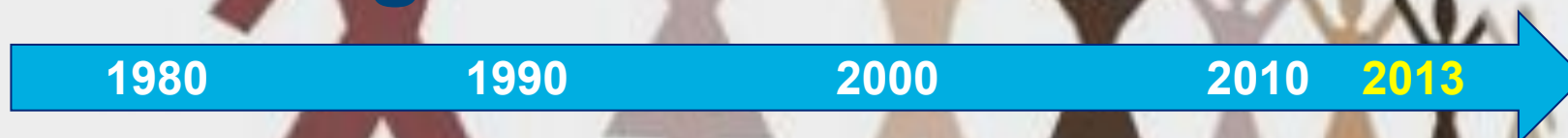
Les résultats français montrent que :

- **73 % des membres de la famille sont anxieux à l'idée que leur proche développe des complications graves liées au diabète.**
- **73 % des membres de la famille des patients sous insuline craignent la survenue d'épisodes d'hypoglycémie nocturne.**
- **23 % des membres de la famille ont le sentiment que leur proche souffre de discrimination et que la société dans laquelle ils vivent est intolérante vis-à-vis du diabète.**
- **87 % des membres de la famille n'ont pas suivi de programme d'éducation thérapeutique.** Cependant, au moins **70 %** des diabétologues pensent que l'implication des membres de la famille est un élément essentiel pour une bonne prise en charge du diabète.

L'esprit de DAWN

Les personnes comme finalité

• Les trente glorieuses de la diabétologie



1976 : HbA1c

1977-1978 : Pirart et Tchobroutsky

1979 : Autosurveillance glycémique, pompes à insuline sous-cutanée

1980 : Insuline humaine

1985 : Stylo à insuline

des outils
des grandes études

1993 : DCCT

1998 : UKPDS

Analogues rapides de l'insuline

Analogues lents

2003 : Steno 2

fin 2000: Axe incretine

CGMS



DAWN2
DIABETES ATTITUDES WISHES & NEEDS

Intégrer l'impact psychologique pour optimiser la prise en charge

Silla M. CONSOLI


**Université Paris-Descartes,
UF de Psychologie et Psychiatrie de Liaison et d'Urgences,
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et du Sujet âgé, HEGP, Paris**

Journées de l'AFDET – Symposium Santé Education
**« Intégrer l'approche psycho-sociale au cœur de la prise en charge
des maladies chroniques : l'exemple du diabète**
Maison de la Chimie, Paris, 07/02/2013




Silla M. CONSOLI

**Pas de conflits d'intérêt dans le
cadre de cette conférence**




En tant qu'affection **chronique, même dans sa forme asymptomatique (type 2 non compliqué), en raison de son association fréquente à d'**autres facteurs de risque cardiovasculaires**, mais aussi en raison des **contraintes thérapeutiques** qu'il implique, le diabète altère plus ou moins la qualité de vie et comporte un **IMPACT ÉMOTIONNEL** parfois **MAJEUR****



**De très nombreuses publications font état
d'une altération de la qualité de vie chez le
diabétique...**

**En fait, des études plus récentes ont
permis de montrer que la perception de la
qualité de vie chez les diabétiques est liée à
la dépression, indépendamment de l'état
somatique et de l'âge**

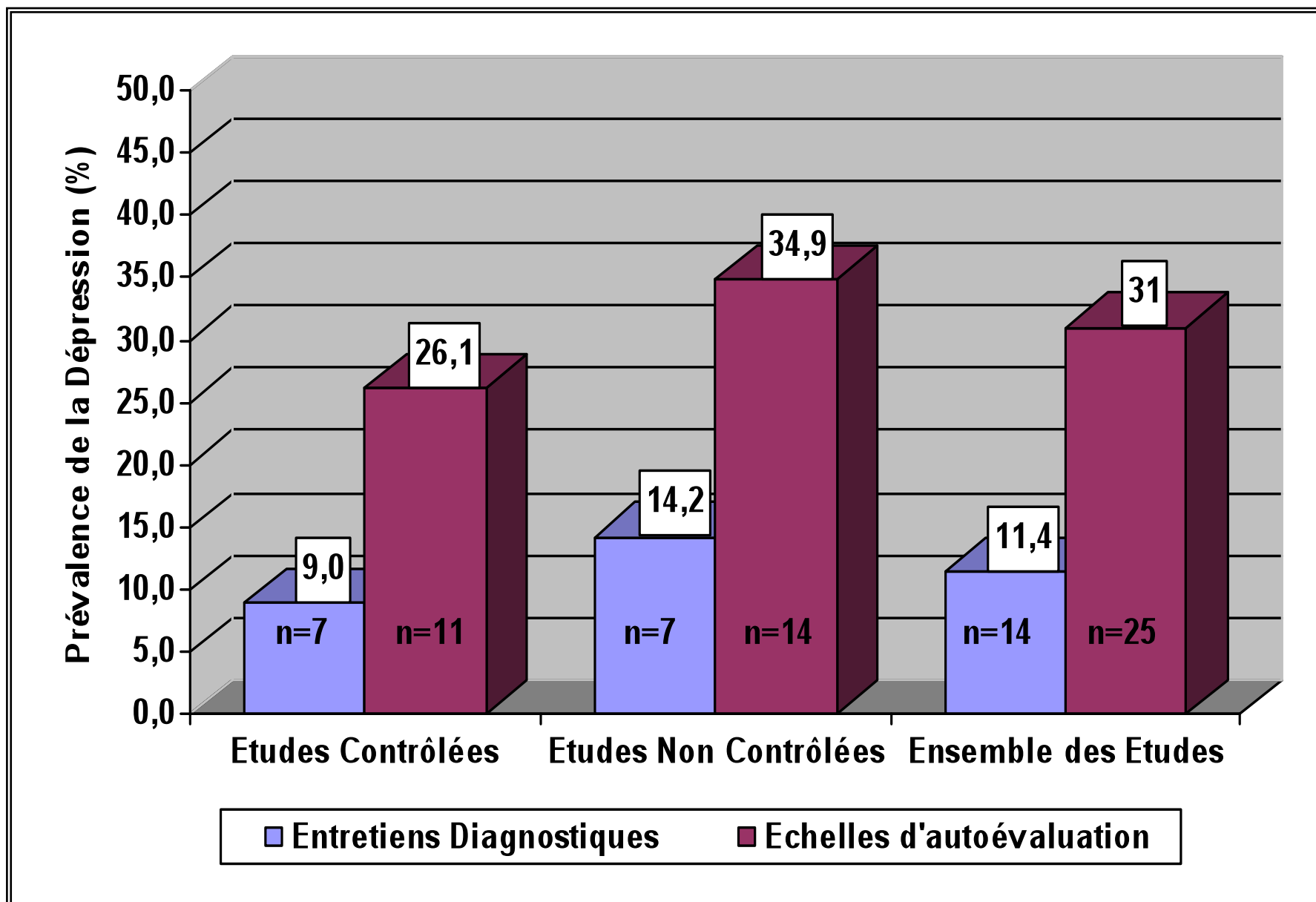
*(Jacobson AM et al, Qual Life Res 1997, 6: 11-20;
Kohen D et al, Qual Life Res 1998, 7: 197–204)*



Anderson RJ et al,
(*Diabetes Care* 2001, 24: 1069–1078,) ont
réalisé une **méta-analyse** sur un
ensemble de 42 études correspondant à
un effectif total de 21 351 sujets.

Parmi ces **études**, 20 étaient **contrôlées**
(D comparés à un groupe contrôle)
et 22 étaient **non contrôlées**

Diabète et dépression selon le type d'étude et le moyen de dépistage






10 études avec données à la fois sur le Diabète de Type 1 et le Diabète de Type 2

Odds Ratio de dépression par rapport aux groupes contrôle :

- chez le diabétique de **type 1** = 2,9
- chez le diabétique de **type 2** = 2,9

Sur l'ensemble des 20 études contrôlées

Odds Ratio de dépression par rapport aux groupes contrôle :
2.0 [1,8 -2,2]



**Si elle est plus fréquente chez le
diabétique que dans la population
générale, la dépression est pourtant
fréquemment sous-diagnostiquée et
insuffisamment ou non traitée**

Pourquoi ???



Freins au diagnostic et au traitement, du côté médical

- **Polarisation** sur l'affection somatique et/ou la recherche d'une de ses complications somatiques
- **Attribution à l'affection somatique** des symptômes non spécifiques (qui se « recouvrent »), notamment somatiques, mais aussi de certains symptômes cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, perte d'intérêt) rapportables à l'altération de l'EG
- **Crainte de heurter le patient** en s'enquérant de son état affectif
- **Banalisation** d'une souffrance considérée comme « normale » (« Moi, à sa place, avoir un diabète à son âge ou avoir un diabète avec des complications, ça me déprimerait !... »)



Freins au diagnostic et au traitement, du côté du patient

- **Manque d'initiative** (« On ne m'a pas posé de question sur mon moral... »)
- **Pudeur** (« Je n'aime pas étaler mes sentiments... »)
- **Crainte de distraire l'attention médicale** de l'objectif prioritaire (la maladie somatique et son traitement)
- **Crainte de décevoir** le médecin et les équipes soignantes, mais aussi son entourage familial et amical, en laissant entrevoir une faiblesse de caractère (« Il faut se montrer à la hauteur ! »)
- **Crainte de faire de la peine à ses proches**, en leur faisant subir, non seulement le diabète et ses contraintes, mais aussi sa dépression...)
- **Crainte d'un pronostic moins favorable** en raison de l'impact du moral sur la santé physique

Facteurs de risque de dépression chez le diabétique

The DIAZOB Primary Care Diabetes study

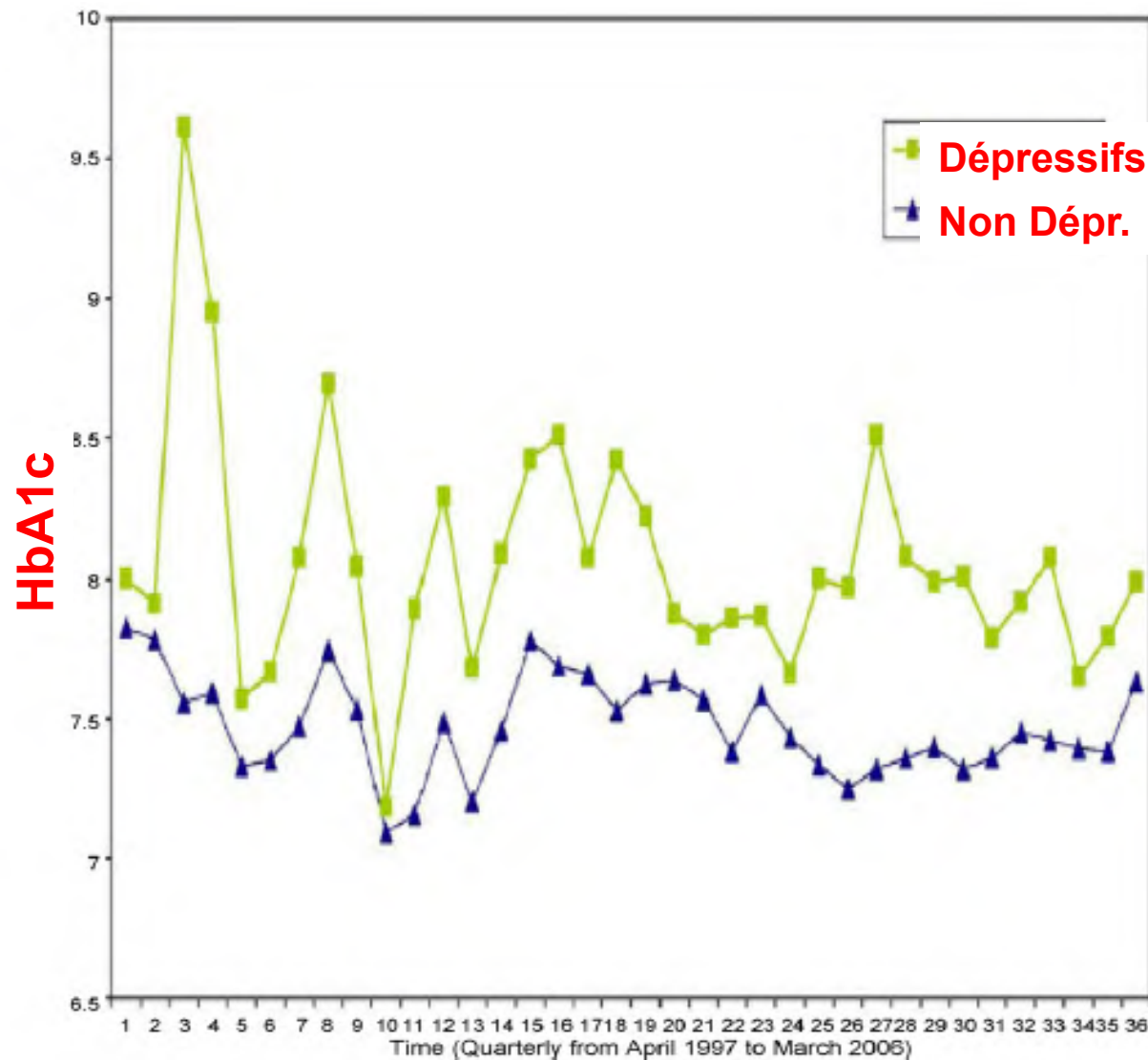
1269 Diabétiques de Type 2
non insulinés
Edinburgh Depression Scale
Etude transversale

Prévalence de la dépression: **11%**
**Pas de différence entre le groupe
avec complications et celui sans
complications**

Variables	OR	IC 95%
≥ 2 complications	2,50	1,4-4,46
Bas niveau socio économique	1,29	1,20-1,38
Sexe féminin	3,29	2,08-5,18
Evénement stressant dans les 12 mois	2,24	1,47-3,40
Tabagisme actif	2,31	1,37-3,91

Koopmans al., Diabetologia, 2009;52:2056-2063

Effet de la dépression sur le contrôle glycémique



Vétérans
Suivi 4,1 années

Richardson LK et al., Gen. Hosp. Psychiatry 2008;30: 509-514



Etude des prescriptions d'Anti-Diabétiques Oraux (ADO) chez 1237 diabétiques de type 2 récemment diagnostiqués, en fonction de la pre-existence d'une dépression

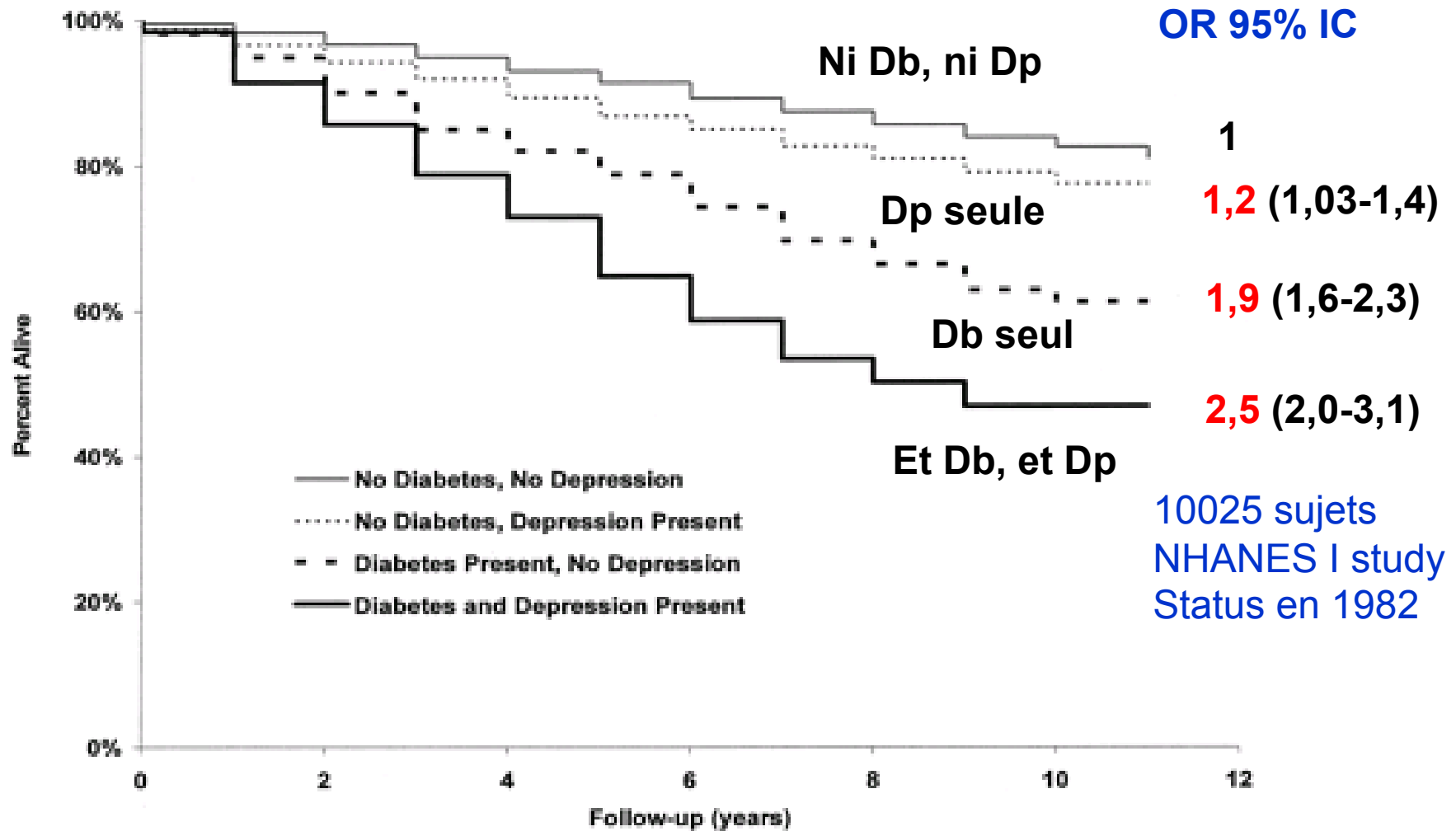
- **23 % des diabétiques déprimés se voient augmenter ou changer leur ADO au cours de la première année, versus 16 % des diabétiques non déprimés**
- **39 % des diabétiques déprimés interrompent leur ADO au cours de la première année, versus 33 % des diabétiques non déprimés**
- **OR de modification du traitement initial par ADO chez les diabétiques déprimés = 1,72**



Etude de l'appréhension à l'égard de l'introduction de l'insuline chez 154 diabétiques de type 2

- Echelles **CESD** (symptomatologie dépressive) et **ITAS** (appréhension concernant l'insulinothérapie)
- **47 % des diabétiques dépressifs** ont une opinion défavorable de l'insulinothérapie, versus **29 %** des diabétiques modérément déprimés et **25 %** des diabétiques non déprimés
- Ces résultats éclairent l'une des raisons probables qui conduisent les praticiens à retarder l'introduction de l'insuline dans le diabète de type 2

Dépression et mortalité au cours du diabète



Egede et al., Diabetes Care 2005;28:1339-1345



Concept de « Détresse liée au diabète »

- Construction d'une échelle spécifique, la « **Diabetes Distress Scale** » (DDS) à 17 items, avec **4 composantes** :
 - ❖ **Charge émotionnelle du diabète** (Ex: Le diabète absorbe au quotidien une grande part de mon énergie mentale et physique, ou Le fait de penser à mon diabète suscite chez moi de la colère, de la peur ou de la tristesse)
 - ❖ **Difficultés liées à la relation médecin-malade** (Ex: Mon médecin ne prend pas suffisamment en compte mes préoccupations)
 - ❖ **Inconvénients du régime** (Ex: Je n'arrive pas à tenir correctement un plan satisfaisant de repas)
 - ❖ **Difficultés dans les relations interpersonnelles** (Ex: Ma famille/mes amis ne se rendent pas compte combien il peut être difficile de vivre avec un diabète)

Episode Dépressif Majeur (EDM) chez le diabétique ou Détresse liée au diabète ?

- Ce sont des **scores élevés à la DDS**, et non la présence d'un EDM, qui sont associés positivement à l'HbA1c, à l'apport calorique total quotidien, à l'ingestion de graisses saturées ou à l'absence d'activité physique
- Les troubles émotionnels liés au diabète ont des **répercussions sur les comportements de santé** et aggravent, en **cercle vicieux**, la situation...



Fisher L. et al., Diabetes Care (2007) 30:542–548



Alliance thérapeutique
Education thérapeutique
Entretien motivationnel

Application au diabète

La relation de soins :
un système d'attentes réciproques
asymétrique,
source potentielle de malentendus et de
déceptions de part et d'autre...

Des perceptions différentes de la situation
(clinique) et des attentes différentes de
chaque partenaire de la relation à l'égard de
son interlocuteur

Les bases de l'anthropologie médicale clinique (Arthur Kleinman)



- **Disease**

L'affection, la pathologie, telle qu'elle est diagnostiquée par la médecine

- **Illness**

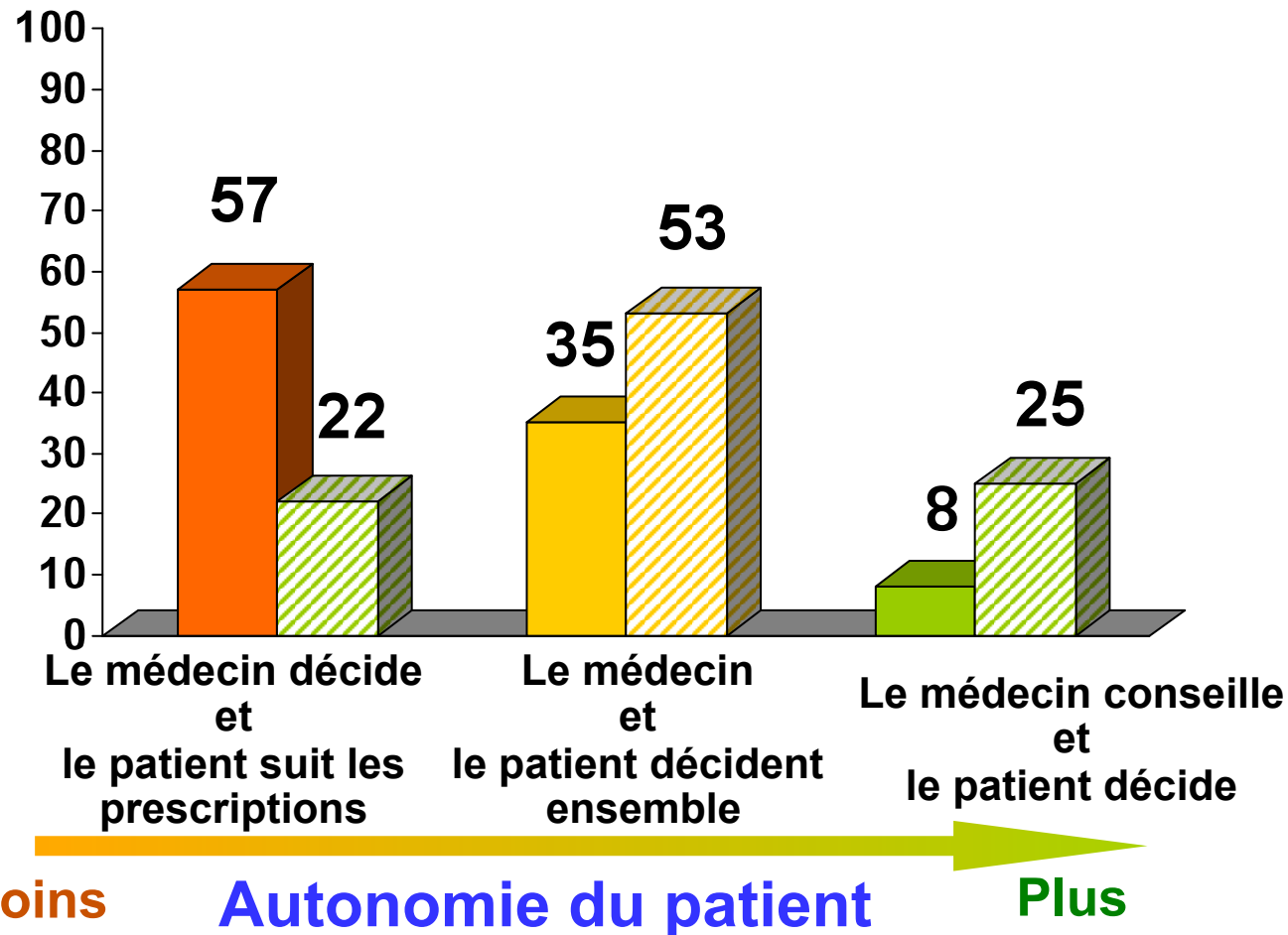
La maladie, la souffrance, le « malaise », tel qu'il est perçu par le patient

- **Sickness**

Les déterminants sociaux, la vécu de l'entourage, le handicap

La relation médecin – patient

- **Patient:** Dans votre relation avec votre médecin, diriez vous qu'en général...
- ▨ **Médecin:** Dans votre relation avec ce patient...



La relation patient - médecin: concordance des réponses

Concordance = 37 %

Kappa= 0,05

		Perception du médecin		
		Le médecin décide	Décision partagée	Le patient décide
Perception du patient	Le médecin décide	14,0	29,5	13,4
	Décision partagée	6,5	19,6	8,8
	Le patient décide	1,5	3,7	3,0

Facteurs associés à la concordance des réponses

Chez les patients:

-+ de 3 mesures HbA1c

Chez les médecins:

-Plus grand nombre de diabétiques suivi

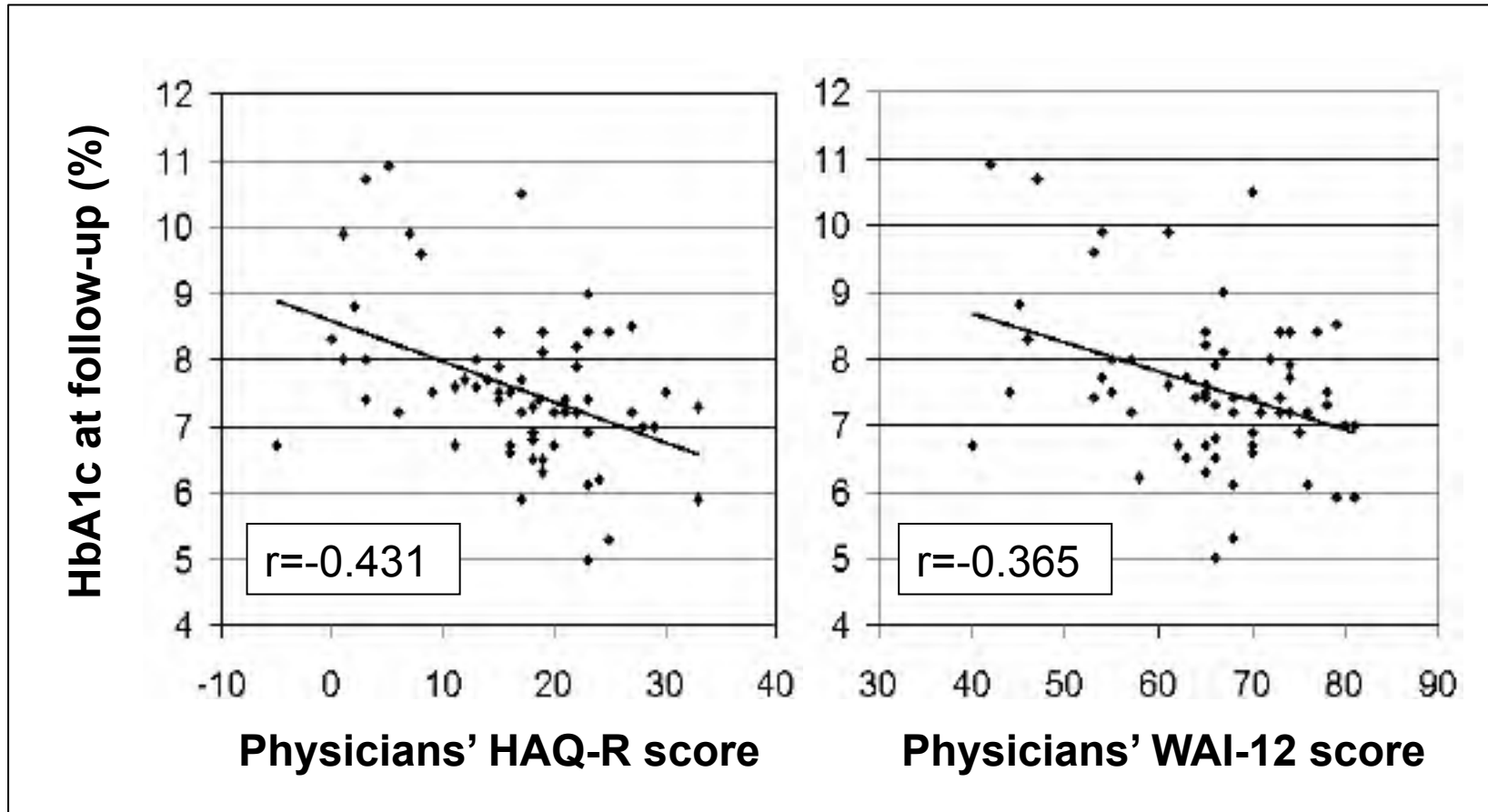


L'alliance thérapeutique :
un concept longtemps appliqué au
cadre de la **psychothérapie** et de la
relation d'aide, avant d'être transposé
au domaine des **pathologies somatiques**

L'alliance thérapeutique : un levier essentiel de toute relation thérapeutique, avec ses trois composantes :

1. le **lien** entre un patient et son thérapeute (sympathie personnelle, sentiment de valeur personnelle, confiance, respect mutuel, sens commun de l'engagement),
2. les **buts** (accords sur les objectifs du traitement),
3. et les **tâches** (l'implication et la collaboration dans les modalités du traitement).

Une étude sur la prédiction de l'HbA1c à 1 an par les scores d'Alliance Thérapeutique à l'inclusion, mesurée par les diabétologues, chez 64 diabétiques de type 1



C. Attale, C. Lemogne, A. Sola-gazagnes, N. Guedeney, G. Slama, A. O. Horvath, S. M. Consoli, Diabetes & Metabolism, 2010

Régression multiple du contrôle métabolique à un an

Predicteurs	Betas	P	r2
Alliance Thérapeutique à l'inclusion (WAI-12)	-0.20	0.033	0.52
HbA1c à l'inclusion	0.65	< 0.001	
Alliance Thérapeutique à l'inclusion (HAQ-R)	-0.23	0.017	0.53
HbA1c à l'inclusion	0.62	< 0.001	

C. Attale, C. Lemogne, A. Sola-gazagnes, N. Guedeney, G. Slama, A. O. Horvath, S. M. Consoli, *Diabetes & Metabolism*, 2010

L'Entretien Motivationnel :

un outil clef pour une

Education Thérapeutique du

Patient réussie

William R. Miller et Stephen Rollnick
L'entretien motivationnel :
aider la personne à engager le changement

Inter-Editions Dunod Paris 2006

L'entretien motivationnel a pour but d'explorer et de faire émerger les raisons de changer propres au patient

C'est toute la différence entre :

- ✓ **Convaincre** le patient que les raisons invoquées par le médecin pour le faire changer sont bonnes, scientifiquement fondées, que c'est **son intérêt** d'y adhérer
- ✓ **Renforcer, rendre efficaces les raisons de changer déjà en place chez le patient**, mais neutralisées par ses propres raisons de ne pas changer ; repérer ce qui est parlant, mobilisateur, pour le patient, mérite un effort de sa part et a de véritables chances d'être accepté dans le cadre d'une **décision partagée**

L'entretien motivationnel : deux rappels majeurs

1. Si tout professionnel de santé peut appliquer les principes de l'entretien motivationnel, cette pratique ne coule pas de source, mais elle **peut s'apprendre** et constituer une expertise précieuse
2. L'entretien motivationnel ne demande **pas forcément plus de temps**, mais elle implique de **ne pas être pressé** et de se sentir intellectuellement **disponible** pour écouter et accompagner le patient autrement

*Le diabète comme exemple de pathologie chronique : ...
une chance pour se permettre de « prendre son temps »*

L'entretien motivationnel : quelques attitudes à éviter ou à utiliser avec modération, car elles mettent en péril l'alliance thérapeutique et risquent d'augmenter les résistances du patient

- **Interrompre le patient**
- **Sermonner, faire des reproches, juger**
- **Faire peur, menacer**
- **Contredire, même si c'est pour rassurer**
- **Poser des questions fermées**
- **Utiliser des termes trop techniques**

Quelques principes de l'entretien motivationnel

- ✓ Prendre le temps d'**écouter** le patient, plutôt que d'essayer de l'informer de manière exhaustive
- ✓ S'efforcer de poser des **questions ouvertes** plutôt que fermées
- ✓ **Reprendre en écho**, reformuler, recontextualiser (passer du général au particulier), résumer les propos du patient
- ✓ Se montrer **empathique** face aux émotions ou craintes exprimées par le patient, les respecter sans essayer de les contredire ou de les neutraliser par une argumentation scientifique
- ✓ Ne pas hésiter à **explicitier l'ambivalence** du patient (les « pour » et les « contre » un nouveau comportement de santé)
- ✓ **Ne pas contrer les résistances** du patient, mais les intégrer dans le projet de soins
- ✓ **Valoriser les compétences personnelles**, le savoir-faire déjà présent, les acquis ou succès antérieurs, le sentiment d'efficacité personnelle du patient

Catégoriser ces expressions

QUESTIONS OUVERTES

Comment faites-vous pour prendre votre pression artérielle ?

Ca va depuis la dernière fois ?

Avez-vous bien toléré le traitement ?

QUESTIONS FERMEES

Quel âge avez-vous ?

Est-ce que c'est difficile de faire votre glycémie au doigt ?

Que pensez-vous des horaires de votre traitement ?

Catégoriser ces expressions

QUESTIONS OUVERTES

Comment faites-vous pour prendre votre pression artérielle ?

Ca va depuis la dernière fois ?

Avez-vous bien toléré le traitement ?

QUESTIONS FERMÉES

Quel âge avez-vous ?

Est-ce que c'est difficile de faire votre glycémie au doigt ?

Que pensez-vous des horaires de votre traitement ?

Catégoriser ces expressions

**Valoriser, reconnaître,
mettre en confiance**

Dommmage !

**Je vous remercie
de votre franchise**

**Vous avez pu faire une heure
de marche par semaine, ce
qui est déjà bien...**

**Dévaloriser, disqualifier,
déconsidérer**

**A ce train là, vous allez
droit dans le mur...**

**Je vois que vous êtes
quelqu'un de méticuleux**

**Vous avez déjà réussi à
vous arrêter de fumer un
mois dans le passé...**

Catégoriser ces expressions

**Valoriser, reconnaître,
mettre en confiance**

Dommage !

**Je vous remercie
de votre franchise**

**Vous avez pu faire une heure
de marche par semaine, ce
qui est déjà bien...**

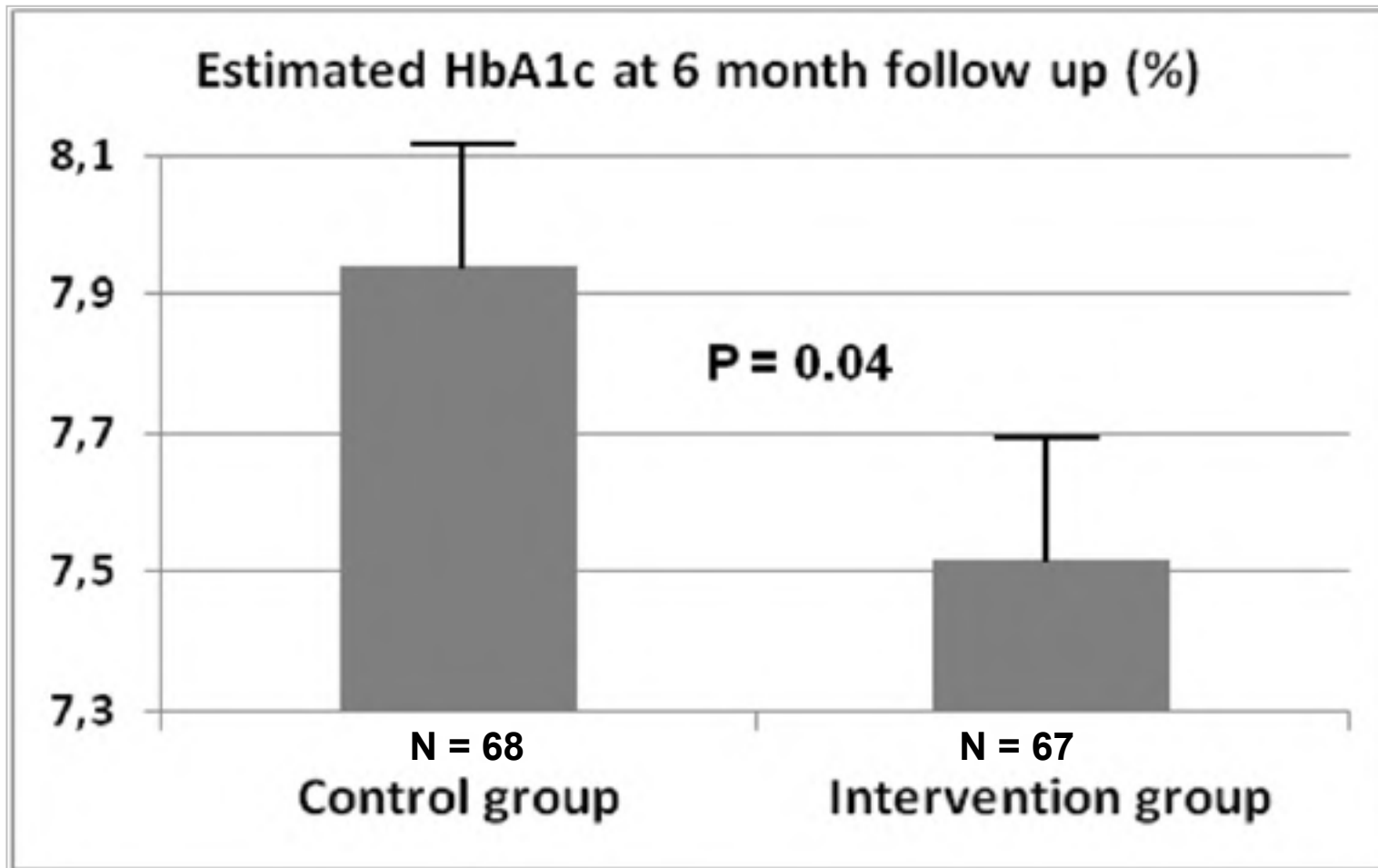
**Dévaloriser, disqualifier,
déconsidérer**

**A ce train là, vous allez
droit dans le mur...**

**Je vois que vous êtes
quelqu'un de méticuleux**

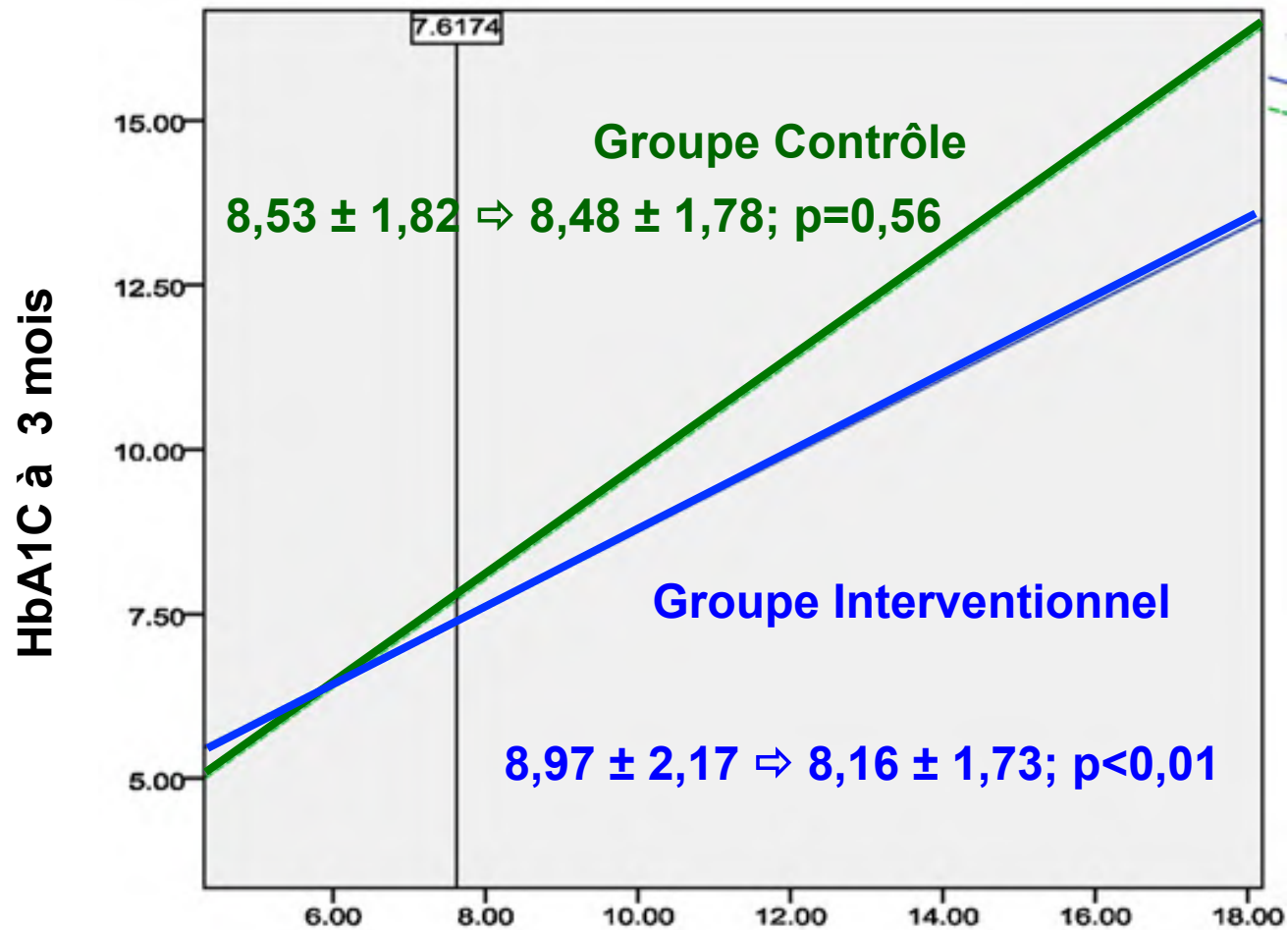
**Vous avez déjà réussi à
vous arrêter de fumer un
mois dans le passé...**

Un essai interventionnel pour tester les effets d'une formation de Médecins Généralistes à l'alliance thérapeutique sur la qualité du contrôle métabolique chez des diabétiques de type II



Consoli SM et al

Une étude comparative contrôlée randomisée sur les effets de l'utilisation de techniques d'EM dans le diabète de type 2



Chen SM et al., *International Journal of Nursing Studies* 49 (2012) 637–644

Conclusion (1)

- Le diabète s'accompagne d'un **impact psychologique** qui **altère la qualité de vie** et peut se solder par une **dépression caractérisée**.
- La **dépression** est une modalité **fréquente** d'impact émotionnel chez le diabétique, mais **sous-estimée** et du coup, **insuffisamment traitée**
- La dépression dépend de la présence de **complications**, mais aussi d'**autres facteurs** que le diabète lui-même...
- La dépression et surtout une simple « **détresse liée au diabète** » sont associées à un **moindre contrôle métabolique** et à des comportements de santé venant aggraver le syndrome métabolique et le diabète
- La dépression chez le diabétique augmente le risque de **mortalité**
- La dépression contribue aux **difficultés de prescription des ADO** et aux **difficultés d'initiation de l'insulinothérapie**

Conclusion (2)

- Intégrer l'impact psychologique pour optimiser la prise en charge du diabète implique déjà de partir de la constatation que les **représentations médicales**, celles **du malade** et celles **de la société** sur le diabète et ses traitements diffèrent
- Le concept d'**alliance thérapeutique** est précieux pour estimer la qualité du **lien** interpersonnel, ainsi que le **degré d'accord** soignant-soigné sur les objectifs thérapeutiques à atteindre et les moyens d'y parvenir
- L'**entretien motivationnel** est un outil clef de l'**Education Thérapeutique du Patient**, mais aussi de toute communication dans une relation de soin **centrée sur la personne**, respectueuse de cette dernière et soucieuse de promouvoir son **autonomie**
- Des résultats du type « **Médecine Basée sur la Preuve** » encouragent son utilisation dans la prise en charge des pathologies chroniques, et du diabète en particulier

Merci de votre attention...



CONSOLI SM. Comment améliorer l'observance ? In : Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques (Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Grimaldi A eds), Elsevier Masson, Issy Les Moulineaux, 2007, pp 80-90.