



DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ EDUCATION
VOLUME 17 - N° 2
Juin 2007

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française



POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR LE DIABÈTE PLATE-FORME POLITIQUE DE L'AFD PRÉSENTÉE AUX CANDIDATS DE L'ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE ET LÉGISLATIVES

L'ASSOCIATION Française des Diabétiques (AFD) a interpellé les candidats à l'élection présidentielle pour connaître leur position sur une véritable réforme de la politique de santé axée sur la prévention et l'accompagnement. L'AFD, en tant qu'association de patients et acteur de santé dresse un double constat : la réforme de santé publique engagée en 2004 n'apporte pas les résultats escomptés. La politique de santé et son financement restent pour le moment totalement absents du débat politique. Le diabète touche 3 millions de personnes en France et coûte 9 milliards d'euros* par an. L'explosion du diabète de type 2 est connue par tous. Qu'attend-on pour améliorer sa prise en charge par la réorganisation des soins et des pratiques médicales ?

UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE PAR DES PROGRAMMES PERSONNALISÉS

L'AFD informe, accompagne et défend les personnes diabétiques et compte plus de 160 000 membres et 127 associations locales.

- L'AFD fonde son engagement sur des valeurs de partage et de solidarité,
- Elle défend les principes d'égalité, d'accès à l'éducation et à une véritable politique de prévention,
- L'AFD refuse que les patients soient considérés comme les seuls responsables de l'augmentation des dépenses de santé et qu'ils soient l'objet d'une diminution de la prise en charge des prestations et donc de qualité des soins.

UN CONSTAT PRÉOCCUPANT

- **2 millions de diabétiques** (sur près de 3 millions de diabétiques) sont en affections de longue durée (ALD) pour un coût de **9 milliards d'euros* par an**,
- **80 % des diabétiques** sont suivis exclusivement par leur médecin généraliste,
- La réforme de la politique de santé du **9 août 2004** prévoyait un **plan de qualité de vie** pour les personnes atteintes de pathologies de longue durée (qui n'a toujours pas été publié) ainsi que la **réduction des complications du diabète**.

- La réforme de l'assurance maladie du **13 août 2004** devait améliorer l'accès à des soins de qualité avec la création du **parcours de soins coordonné** et des **protocoles de soins** pour tous et pour les malades en ALD.



SOMMAIRE

Éditorial : Pour une politique de prévention et d'accompagnement pour le diabète P. 1
Bureau de l'AFD

Vu pour vous : Le salon du diabète et du diabétique 2006. Nouméa P. 2

Testé pour vous : L'éducation thérapeutique aux patientes présentant un diabète gestationnel au sein de la maternité du CHU de Toulouse ... P. 4
Karine Barre

Évalué pour vous : Evaluation au centre d'Education diabétique et diététique de Nouméa P. 6

De la théorie à la pratique : Prix DAWN 2007
Intégration d'un diagnostic éducatif dans la trajectoire personnalisée du patient, au cours d'un programme d'éducation thérapeutique structurée, en hospitalisation, assuré par une équipe multiprofessionnelle P. 8
Sylvie Lemozy-Cadroy

Autres pathologies chronique : Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique par la MSA pour des patients atteints de maladie cardiovasculaire P. 11
Vincent Vanbockstael

A propos d'un cas : Du deuil de son diabétologue P. 12
Claude Colas

LE BUREAU DU DELF OCTOBRE 2006	
PRÉSIDENT :	Ghislaine Hochberg (Paris)
VICE-PRÉSIDENT :	Fabrice Lagarde (Montargis)
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE :	Anne Marie Leguerrier (Rennes)
SECR. GÉNÉRAL ADJOINT :	Michel Gerson (Le Havre)
TRÉSORIER :	Séverine Vincent (Marçq en Baroeul)
TRÉSORIER ADJOINT :	Leroyer Marie Louise (Fontenay en Parisis)
PRÉSIDENTS D'HONNEUR :	<ul style="list-style-type: none"> • Fabienne ELGRABLY • Serge HALIMI • Jean Louis GRENIER • Paul VALENSI
RESPONSABLE DU JOURNAL DIABÈTE EDUCATION :	
	Guillaume CHARPENTIER (Hôpital Gilles de Corbeil, Corbeil Essonnes)
	Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud, Rennes)

... suite page 1

• Nous constatons que ces **deux lois n'ont rien apporté dans la qualité de la prise en charge et dans la réduction des complications du diabète** et que les protocoles de soins sont **un frein pour accéder aux médecins spécialistes**.

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) : UN CRITÈRE MÉDICAL

Les ALD apparues dans la loi de 1945 s'appuient sur 2 critères : l'un **médical** (affection de longue durée),

l'autre **économique** (pathologie coûteuse). On peut, aujourd'hui, y ajouter un **critère social**.

Dans une pathologie comme le diabète qui est à évolution lente, un patient devra-t-il attendre demain de « **coûter cher** » à la soli-

darité nationale, c'est à dire **développer des complications**, pour être considéré comme malade et avoir ainsi accès à des soins d'urgence bien pris en charge ?

NOS 6 PROPOSITIONS

1/ **Assurer** la prise en charge précoce par le développement de programmes personnalisés de soins dès le début de la maladie, considérer **l'éducation thérapeutique** comme un **acte de soins**, favoriser le partenariat soignant/soigné, l'adhérence du patient à son traitement et donc sa responsabilisation.

2/ **Renforcer**, dans le cadre d'une véritable politique **de prévention**, l'accompagnement et le suivi des patients par la création de structures de proximité appropriées, en s'appuyant sur la dynamique associative.

3/ **Développer** le remboursement **des soins préventifs et curatifs** du pied par la création d'un service de consultations multidisciplinaires dans chaque département ou bassin de vie.

4/ **Favoriser le développement des nouvelles thérapies** en les inscrivant dans les formations continues des professionnels de santé et veiller à l'évaluation des pratiques professionnelles.

5/ **Respecter la totale citoyenneté** des patients diabétiques **en mettant fin aux discriminations** à l'école, au travail, aux contrôles douaniers, à l'accession au permis de conduire, à l'assurabilité...

6/ **Légiférer sur un dispositif gratuit de récupération et d'élimination des déchets de soins à risques infectieux (DASRI)**, respectueux de l'anonymat des patients et accessible à tous.

Bureau de l'AFD

MU POUR VOUS

LE SALON DU DIABÈTE ET DU DIABÉTIQUE 2006 NOUMÉA - NOUVELLE-CALÉDONIE

Le Centre d'Éducation Diabétique et Diététique (CEDD) de Nouméa (Nouvelle Calédonie) existe depuis 1999. Depuis 3 ans, il organise 6 mois après la Journée Mondiale du Diabète, le Salon du Diabétique.

Cette année, afin d'associer toujours plus les professionnels de santé à cette manifestation, le CEDD a organisé la première édition du **Salon du Diabète**, en soirée la veille du salon grand public, le 11 Mai 2006, à l'Hôtel de Ville de Nouméa.

Une vingtaine de stands d'exposition destinée aux professionnels proposaient une information sur le diabète et sa prise en charge.

Le temps fort de cette manifestation a été la conférence sur « **Les prochaines recommandations pour la prise en charge du diabète de type 2** » et « **Comment améliorer l'observance du patient diabétique** », donnée par le **Dr Martine TRAMONI** diabétologue à Marseille, dont le dynamisme n'est plus à vanter, venue spécialement pour l'occasion avec le concours

des laboratoires Servier.

Ce salon a rencontré un très vif succès auprès des médecins et surtout des infirmiers libéraux, avec environ 150 visiteurs. Un cocktail dînatoire a clôturé la soirée.

Le lendemain, la 3ème édition du **Salon du Diabétique** s'est déroulé également dans la salle d'honneur de l'Hôtel de Ville de Nouméa.

L'objectif du Salon est l'information des personnes qui se savent diabétiques, de leurs familles et d'une façon plus générale de sensibiliser la population à la maladie diabétique.

Environ 500 personnes sont venues visiter le Salon cette année.



La manifestation a été annoncée grâce aux affiches que de nombreux médecins, pharmaciens et biologistes ont accepté d'apposer dans leurs cabinets, officines et laboratoires.

La couverture médiatique de cet événement a permis de toucher un large public (presse écrite, radio et télévisée).



... suite page 2



La visite du Salon par plusieurs élus et Mme le Ministre chargé de la santé et du handicap témoigne de l'implication des décideurs politiques dans la lutte contre le diabète en Nouvelle-Calédonie.

Une vingtaine de stands d'exposition était installée dans la grande salle.

Les laboratoires pharmaceutiques représentés sur le territoire se sont impliqués dans la manifestation en proposant une information générale, et ont exposé des matériels à l'usage des diabétiques: lecteurs de glycémie (que les diabétiques ont pu comparer et manipuler), stylos injecteurs d'insuline (permettant à certains patients de dédramatiser le passage à l'insulinothérapie lorsqu'elle devient nécessaire).

L'Association des Diabétique de Nouvelle-Calédonie tenait son propre stand afin d'exposer ses activités de plus en plus nombreuses depuis son redémarrage l'an dernier.

Le stand de l'Association des Podologues, crée cette année, proposait une information sur les soins du pied chez le diabétique avec documents photographiques et conseils.

Le stand de l'Association des Diététiciennes, nouvellement créée également, donnait des recommandations avisées à un public friand et captivé.

Le CEDD avait développé plusieurs thèmes d'information :

- sur la diététique avec des jeux éducatifs, la présentation de portions et d'équivalences ;
- sur le rôle du patient dans la surveillance de sa maladie, avec réalisation sur place d'un dépistage sur prélèvement capillaire, et jeu de question-réponses ;
- sur le CEDD : présentation de son mode d'enseignement interactif en groupe et en entretiens individuels, son ouverture à tous les diabétiques sur prescription médicale et la gratuité...

Le service de Médecine Interne du CHT quant à lui présentait, en outre, son activité « pompe à insuline ».

A 14h, une conférence sur « L'obésité et ses liens avec le diabète », donnée par le Dr Martine TRAMONI, suivie d'un débat, avait pour objectif de faire prendre conscience au

public de la responsabilité du mode de vie dans la survenue du diabète, notamment chez les sujets prédisposés, tout comme il influe sur l'équilibre du diabète chez le diabétique connu. Nous avons insisté sur la nécessité de tout faire, soi-même, pour prévenir le diabète de type 2 en suivant une alimentation équilibrée et en luttant contre la sédentarité (activité physique modérée tous les jours). Lors du débat, le public a soulevé le problème du prix trop élevé des fruits et légumes en Nouvelle Calédonie.



Le Salon s'est clôt sur un goûter savoureux et respectant les conseils diététiques aux diabétiques afin de démontrer que l'alimentation du diabétique ne signifie pas restriction et permet la convivialité.

TESTÉ POUR VOUS

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE AUX PATIENTES PRÉSENTANT UN DIABÈTE GESTATIONNEL AU SEIN DE LA MATERNITÉ DU CHU DE TOULOUSE

KARINE BARRE

Les acteurs du projet :

Service de Diabétologie du Pr. Hanaire – CHU de Toulouse:
Dr Lorenzini, intervertir Dr Coustols Valat, Nathalie de Barros (psychologue), Karine Barre (diététicienne).
L'équipe des sages femmes des consultations prénatales de l'hôpital Paule de Viguier.
Les réseaux DIAMIP et MATERMIP.

Un diabète gestationnel (DG) est un problème de santé publique qui se définit comme une intolérance au glucose d'importance variable diagnostiquée pour la première fois pendant la grossesse. Au sein de l'hôpital Paule de Viguier, maternité du CHU de Toulouse, le dépistage du DG se fait suivant la procédure en deux temps et avec les critères de Carpenter et Coustan. Le diabète gestationnel s'accompagne d'une morbidité périnatale accrue et à plus long terme d'un risque de diabète de type 2 chez la mère et de surpoids chez l'enfant.

Le traitement initial repose sur des mesures diététiques adaptées au poids maternel et le maintien ou le renforcement d'une activité physique compatible avec la grossesse. La finalité étant de maintenir les objectifs glycémiques suivant : moins de 0.90g/L à jeun et moins de 1.20g/L en post prandial, une auto-surveillance peut-être mise en place et dans 10 à 20% des diabètes gestationnels une insulinothérapie peut s'avérer nécessaire.

LES SÉANCES D'ÉDUCATION SUR LE DIABÈTE GESTATIONNEL

La survenue d'un diabète gestationnel oblige la femme enceinte à apprendre en trois mois ce qu'un diabétique met plusieurs années à acquérir !

Le centre diabète et grossesse, dépendant du service de diabétologie du Pr. Hanaire, propose des consultations pluridisciplinaires (diabétologue/ diététicienne) au sein de

l'hôpital Paule de Viguier. Afin d'optimiser la prise en charge de ces patientes des séances d'éducation thérapeutique sur le diabète gestationnel ont été mises en place depuis Mars 2003.

Les séances sont proposées à toutes les femmes présentant un Diabète gestationnel suivies ou non au sein de la maternité, elles se déroulent toutes les semaines durant une demi journée et accueillent jusqu'à 3 à 6 patientes. L'après midi est divisée en quatre parties : la sage femme aborde dans un premier temps les mécanismes du diabète gestationnel et ses conséquences foeto-maternelles. En deuxième partie le diabétologue aborde la surveillance de ce diabète en animant un atelier « lecteur » et sa prise en charge pendant la grossesse mais aussi à plus long terme en sensibilisant les patientes sur le risque de diabète futur. Viennent ensuite les ateliers diététiques organisés par la diététicienne. En synthèse un groupe de parole est animé par la psychologue pour aider à l'évocation d'angoisses .

Face au succès de ses séances le projet a pu être étendu dans le cadre des réseaux DIAMIP et MATERMIP dans douze maternités de la région Midi Pyrénées qui réalisent des séquences d'éducation sur le même modèle selon une formation commune.

Après deux ans d'expérience l'équipe éducative (sage femme, diabétologue, diététicienne et psychologue) a pu remarquer que l'éducation thérapeutique des femmes enceintes présentent plusieurs spécificités auxquelles il est impératif de s'adapter :

Le caractère urgent de la prise en charge ne laisse pas le temps nécessaire au diagnostic éducatif, il y a donc une réelle difficulté à cibler les attentes des participantes et à

personnaliser la séance d'éducation.

D'autre part le nombre important de consultations pendant la grossesse entraîne un manque de disponibilité des futures mamans, il est donc nécessaire de bien respecter les horaires fixés ce qui implique une bonne coordination entre chaque intervenant.

Finalement face à un programme très dense, les femmes ont souvent peu de temps pour formaliser et exprimer leurs attentes en début de séance.

UN OUTIL ÉDUCATIF : LE TABLEAU À IDÉES.

C'est dans ce contexte qu'a été mis au point « Le tableau à idées pour les séances d'éducation thérapeutique sur le diabète gestationnel ». Il se compose d'un tableau blanc magnétique, pré-imprimé de 6 cercles de couleurs différentes. Il a été imaginé en s'inspirant du concept du métaplan®, méthode d'animation et de consensus basée sur la formulation et la restructuration des idées à l'aide de cartes vierges à personnaliser. Ici, et pour gagner encore du temps et au regard de l'expérience de l'équipe soignante d'animation, des cartes magnétiques rectangulaires, de 6 couleurs différentes et comportant déjà des questions sont proposées sur 6 thèmes :

- mécanismes et facteurs de risque du diabète gestationnel (cartes rouges) ;
- conséquences pour le bébé (bleu) ;
- conséquences pour la mère (cartes vertes) ;



... suite page 4

- prise en charge du diabète gestationnel (cartes jaunes) ;
- alimentation (cartes roses) ;
- vécu de la grossesse associé au diabète gestationnel (cartes marron).

Lors de la séance d'éducation thérapeutique, les patientes sont invitées à choisir les trois cartes correspondant le plus à leurs questions. Certaines choisiront des problématiques médicales "Est-ce qu'il faudra surveiller la glycémie de mon bébé à la

tation », « pourquoi le diabète », « effets sur le bébé » - qui sera inscrit après discussion et consensus sur une carte ovale spécifique, placée en regard du cercle de couleur pré-imprimé correspondant.

Ce travail de structuration va permettre à chacun des acteurs d'animation de répondre précisément aux problématiques du groupe. C'est ainsi que les sages-femmes traiteront les questions rouges sur les facteurs de risque, les bleues sur les consé-

mais aussi une plus grande participation des patientes lors des séances d'éducation.

UN ŒIL SUR L'AVENIR...

Au-delà du diabète gestationnel et parce que la grossesse est une période privilégiée pour promouvoir et expliciter auprès des femmes et de leur entourage les messages d'hygiène de vie, il est indispensable de poursuivre le suivi à distance de la gros-

The infographic is a central educational tool for gestational diabetes. It features a central title 'LE DIABÈTE GESTATIONNEL' and is divided into several thematic sections, each with a color-coded background and icons:

- Mécanisme:** Explains the biological and hormonal factors of gestational diabetes.
- Conséquences:** Divided into 'sur le bébé' (concerning fetal health and birth weight) and 'sur la maman' (concerning maternal health and future diabetes risk).
- Vécu:** Discusses the psychological and physical experience of the pregnancy.
- Diététique:** Provides dietary guidelines and advice on managing blood sugar through food.
- Prise en charge:** Details the medical management, including monitoring and potential treatments.

Logos for 'alfediam ASSOCIATION DE LANGUE FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU DIABÈTE ET DES MALADIES MÉTABOLIQUES' and 'Abbott Diabetes Care' are visible at the bottom.

naissance ?", d'autres plus psychologiques "J'ai peur de faire de l'insuline", " Je pense que je n'aurai pas la possibilité d'allaiter mon enfant" ou encore "Je ne suis pas étonnée d'avoir du diabète de grossesse, vu que j'ai des diabétiques dans ma famille"... si les patientes souhaitent poser une question qui ne figure pas parmi celles proposées, elles ont la possibilité de l'écrire sur des cartes vierges. L'ensemble des cartes est ensuite placé, en fonction des couleurs, sur le tableau.

C'est l'une des sages-femmes qui anime le groupe. Après cette première étape de placement des cartes, elle invite les patientes à trouver un nom générique à chaque groupe de questions ; un nom (ou un groupe de mots) - par exemple : « alimen-

quences pour le bébé et les vertes sur les conséquences pour la maman. Le diabétologue s'intéressera aux questions jaunes sur la prise en charge du diabète gestationnel, la diététicienne aux questions roses, alimentaires, et la psychologue aux questions marron concernant le vécu de la grossesse et du diabète.

Le tableau à idée a été lauréat du concours d'outil éducatif pour patients diabétique proposé par l'ALFEDIAM Paramédical et les laboratoires ABBOTT Diabetes Care en 2005. Il est maintenant diffusé sur le plan national par les laboratoires ABBOTT.

Depuis que cet outil est utilisé, il a pu être constaté par l'équipe éducative une plus grande facilitée à respecter les horaires

de la grossesse et d'évaluer l'efficacité des mesures préventives, voire thérapeutique préconisées. En effet à long terme, en fonction des populations 30 à 50% des femmes qui ont eu un diabète gestationnel développent un diabète de type 2 et les enfants issus de ces grossesses présentent un risque accru d'obésité.

Abbott diabetes care
division d'Abbott France
 Service Commercial
 Mme JUAN
 12 rue de la Couture
 B.P. 20235
 94528 RUNGIS CEDEX
 N° vert 0800 10 11 56

ÉVALUÉ POUR VOUS

ÉVALUATION AU CENTRE D'ÉDUCATION DIABÉTIQUE ET DIÉTÉTIQUE DE NOUMÉA (NOUVELLE CALÉDONIE)

AFIN d'améliorer la prise en charge du patient diabétique, de favoriser une véritable éducation des patients dans la gestion de leur maladie, d'autonomiser et de responsabiliser autant que possible les patients en rompant avec les habitudes de prise en charge centrée sur l'hôpital, et de décentraliser la prise en charge au plus près de la vie quotidienne, le Centre d'Éducation Diabétique et Diététique (CEDD) a été créé en 1999 à Nouméa (Nouvelle Calédonie). Le CEDD émane du « programme diabète » rédigé par le Comité de Prévention de Nouvelle-Calédonie en 1994.

Une équipe pluridisciplinaire motivée, formée et parlant le même langage travaille dans ce centre : un médecin, une infirmière, une diététicienne, une secrétaire, une psychologue (en vacations) et un podologue (en vacations).

MÉTHODES

Une étude avant/après a été conduite incluant tous les patients venus au CEDD de Nouméa pour une journée de rappel (stage 2) à distance d'un premier cycle d'éducation (stage 1). Les malades adultes de plus de 18 ans ayant un diabète de type 2 diagnostiqué selon les critères de l'OMS ont été inclus. Les critères d'exclusion étaient le diabète de type 1, la grossesse et l'âge inférieur à 18 ans.

Avant cette évaluation, tous les patients avaient bénéficié d'un cycle d'éducation thérapeutique sous la forme d'un stage 1, qui avait consisté en séances de groupe (10 patients en moyenne) et individuelles. Le contenu de ces interventions était largement inspiré des recommandations de l'OMS, du Groupe d'Étude pour l'Éducation sur le Diabète, de l'ALFEDIAM et de l'ouvrage de J-Ph. Assal (1). Il en est de même pour les méthodes pédagogiques utilisées, le plus possible participatives. Des supports avaient été conçus spécifiquement.

Ce second stage a un double intérêt. Premièrement, il permet de réajuster les connaissances, les savoir-faire et savoir-être, et de motiver à nouveau le patient. Deuxièmement, il est l'occasion d'une évaluation bio-clinique de l'efficacité du premier stage.

Le critère principal de jugement était la variation de la valeur de l'hémoglobine A1c par rapport à l'état basal. En effet, les grandes études prospectives ont montré sa pertinence pour prédire le risque de complications macro-vasculaires et micro-vasculaires.

D'autres critères de jugement ont été utilisés afin de déterminer les facteurs prédictifs du résultat : l'Indice de Masse Corporel (IMC), la pratique d'une activité physique, l'observance médicamenteuse, le suivi des conseils diététiques donnés, la tenue du carnet d'auto surveillance glycémique, le niveau de connaissances théoriques, et la glycémie veineuse à jeun.

Une dernière série de critères de jugement a permis de caractériser l'échantillon : le sexe, l'âge, la communauté, le niveau d'étude, la profession, le lieu de vie, le mode de découverte du diabète, les antécédents familiaux de premier degré, les antécédents (hypertension, tabagisme, complication chronique du diabète, hospitalisation pour diabète), la motivation, la présence de troubles psychologiques.

RÉSULTATS

L'analyse a porté sur 93 patients, 52 femmes et 41 hommes, âgés de 58,3 ans en moyenne (37 à 84 ans). L'ancienneté moyenne du diabète était de 6,2 ans (0 à 30).

Évaluation initiale :

L'hémoglobine A1c moyenne était de 7,81% (5,4 à 14).

La glycémie veineuse à jeun moyenne était de 1,55 g/l (0,76 à 3,38).

L'IMC moyen était de 33,04 kg/m² (20,17 à 53,71).

L'activité physique était pratiquée régulièrement dans 55,9% des cas.

L'observance était bonne à 56,7%.

La tenue du carnet d'auto surveillance glycémique était bonne à 47%.

Les connaissances théoriques étaient bonnes à 38,6% pour la fourchette glycémique et 1,1% pour l'HbA1c.

La motivation était considérée comme bonne à 75,3%.

Un entretien individuel avec la psychologue avait eu lieu dans 17,2% des cas.

Hémoglobine A1c moyenne selon la communauté

Communauté	Moyenne
Européenne	7,46%
Mélanésienne	7,46%
Wallisienne	8,68%
Asiatique	7,49%
Polynésienne	7,21%
Autre	7,81%

Évaluation finale :

L'IMC moyen était de 32,58 kg/m² (20,35 à 53,63).

L'activité physique était pratiquée régulièrement dans 62,4% des cas.

Le suivi des conseils diététiques était bon à 55,9%, et moyen à 30,1%.

L'observance était bonne à 95,3%.

Les connaissances théoriques étaient bonnes à 72,2% pour la fourchette glycémique et 34,8% pour l'HbA1c.

La motivation était considérée comme bonne à 55,9%.

Un entretien individuel avec la psychologue avait eu lieu dans 11,8% des cas.

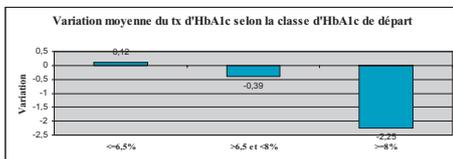
La participation à un groupe de parole avait eu lieu dans 34,8% des cas.



••• suite page 6

Variation entre les deux évaluations :

Le critère de jugement majeur de cette étude montre une variation moyenne du taux d'hémoglobine A1c de **-0,88** entre les 2 stages (de -7,30 à 2,52).



Variation moyenne du taux d'HbA1c selon la communauté

Communauté	Variation moyenne
Européenne	-1,11
Mélanésienne	-0,24
Wallisienne	-1,26
Asiatique	-0,85
Polynésienne	-0,31
Autre	-2,18

La variation moyenne de l'IMC était de -0,46 entre les 2 stages (de -5,22 à 2,39).

Le délai moyen entre les 2 stages était de 9,2 mois (de 4 à 48).

DISCUSSION

L'étude montre l'efficacité de cette action de santé publique. Le taux d'hémoglobine A1c (critère principal de jugement) baisse tout à fait significativement (t de Student ; $p=0,00001$) après un cycle d'éducation diabétique au CEDD. Ceci autorise à conclure à une amélioration de l'état de santé des diabétiques bénéficiant de cette éducation thérapeutique. Par extrapolation de l'étude UKPDS, cette baisse moyenne de 0,88 du taux d'HbA1c implique une diminution de l'incidence des complications de 18,5%.

Ce bon résultat peut, dans une certaine limite (pas de randomisation), être comparé à ceux de la littérature. Norris retrouve une baisse moyenne de 0,26 à 4 mois ou plus (délai tout à fait comparable) dans une méta-analyse de 31 études (2).

Dans le détail, un cycle d'éducation au CEDD est significativement plus efficace d'autant que l'équilibre du diabète est mauvais au départ (analyse de variance unilatérale de Kruskal-Wallis ; $p<0,0001$). Même si ce résultat est logique, il incite à conseiller ce programme tout particulièrement aux patients ayant un diabète déséquilibré.

Un peu plus de 50% des patients ont un diabète récemment diagnostiqué (0 à 4 ans). Les médecins prescripteurs du cycle d'éducation n'envoient donc pas uniquement leurs « cas désespérés », comme on aurait pu le craindre.

Les glycémies veineuses à jeun de départ sont loin des objectifs glycémiques, ceci est dû au fait que les patients ayant un diabète plus équilibré sont moins susceptibles d'être adressés en stage d'éducation thérapeutique.

Il en est de même des hémoglobines A1c de départ qui montrent trois quart de patients ayant un diabète non équilibré.

Le profil d'IMC de départ est plus surprenant avec deux tiers de patients obèses. Ceci s'explique par la présence d'une diététicienne au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Premièrement, la diététique est la partie avec laquelle les médecins généralistes sont le moins à l'aise. Deuxièmement, les diététiciennes sont très peu nombreuses à Nouméa. Enfin, il n'y a pas de prise en charge par les caisses des consultations de diététique pour les patients diabétiques. Les médecins adressent donc au CEDD en plus grand nombre leurs patients diabétiques ayant un excès de poids important.



La motivation est bonne au départ et inverse des troubles psychologiques ayant nécessité un entretien avec la psychologue. Cette motivation baisse dans le temps probablement du fait de petits échecs successifs. Elle mérite donc une attention toute particulière afin d'être maintenue à un niveau suffisant tout au long de cette maladie chronique.

On note une amélioration significative de l'IMC (t de Student ; $p<0,001$), mais faible. Les données de la littérature sont contradictoires et montrent tantôt une prise de poids, tantôt une baisse.

L'activité physique pratiquée régulièrement a progressé de 6,5% seulement, malgré un taux de départ bas.

L'observance médicamenteuse a une nette tendance à l'amélioration (38,7%). Et, la bonne observance a tendance à être prédictive de l'amélioration de l'HbA1c, en accord avec les données de la littérature.

Les connaissances s'améliorent nettement également (33%). Cet objectif est donc atteint.

Les Wallisiens améliorent le plus leur taux d'HbA1c, ceci s'explique par leur taux de départ plus élevé.

Les Européens eux aussi améliorent bien leur taux d'HbA1c. Certainement, les méthodes éducatives utilisées leurs sont plus adaptées.

A la vue des résultats, d'autres écueils demandent qu'une attention toute particulière soit portée sur :

- le caractère pluriethnique des patients (utilisation de méthodes encore plus adaptées) ;
- l'éducation ciblant la baisse du poids ;
- l'éducation ciblant la pratique régulière de l'activité physique (intervention d'un éducateur médico sportif ou d'un kinésithérapeute) ;
- l'éducation ciblant le renforcement de la motivation (entretiens de motivation).

Au-delà de ce cycle d'éducation, pour permettre un gain à plus long terme, il faudrait renforcer la formation des médecins généralistes de Nouméa à l'entretien de l'éducation et pourquoi pas

rétribuer cette dernière.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assal JPh, Lacroix A. L'Education thérapeutique des patients diabétiques. 2ème éd. Liège: Maloine, 2003 : 240p.
2. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care.* 2002 Jul;25(7):1159-71.

de la théorie à la pratique

PRIX DAWN 2007

INTÉGRATION D'UN DIAGNOSTIC ÉDUCATIF DANS LA TRAJECTOIRE PERSONNALISÉE DU PATIENT, AU COURS D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE STRUCTURÉ, EN HOSPITALISATION, ASSURÉ PAR UNE ÉQUIPE MULTIPROFESSIONNELLE.

S. LEMOZY-CADROY, M. GUIRAUD-CRESSOT, N. PUECH-BRET, N. COUZINOU, H. HANAIRE, P. GOURDY, POUR LE SERVICE DE DIABÉTOLOGIE DU CHU RANGUEIL*, LE RÉSEAU DIAMIP* ET L'ASSOCIATION FORMUHDIAB*.

* SERVICE DE DIABÉTOLOGIE, HÔPITAL RANGUEIL, TSA 50032, 31059 TOULOUSE CADEX 9

*ABRÉVIATIONS :

DIAMIP : RÉSEAU DIABÈTE MIDI PYRÉNÉES (ASSOCIATION RÉGIONALE, 2000)

FORMUHDIAB : ASSOCIATION POUR LA FORMATION EN UNITÉS D'HOSPITALISATION DE PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 (ASSOCIATION RÉGIONALE, 1998)

IDEES CONDUCTRICES DU PROJET ET OBJECTIFS

- La réalisation d'un diagnostic éducatif, en tant que démarche personnalisée d'identification des besoins du patient, représente le premier temps pédagogique d'un programme d'éducation thérapeutique : elle place le patient acteur en situation d'expression et de réflexion à propos de sa vie quotidienne avec son diabète.
- Cette narration, nourrie de son vécu psychologique, lui permet de donner du sens à ce qu'il sait, et contribue à faciliter l'émergence de sa propre demande.
- L'intégration en début de séjour de cet entretien à visée éducative et sa synthèse par les soignants offre un socle à des apprentissages centrés sur le patient.
- Cet ensemble constitue une trajectoire dont la finalité est le transfert de compétences à domicile, s'intégrant dans le contexte personnel, socioprofessionnel, psychoaffectif et projectif de la vie du patient.

Objectif général : Intégrer un diagnostic éducatif en début de programme d'éduca-

tion thérapeutique pour patients diabétiques, de manière à faciliter la construction d'une trajectoire d'éducation personnalisée, tendant vers le transfert de compétences à domicile.

Objectifs opérationnels :

1. Construire un guide d'entretien du diagnostic éducatif (support de l'entretien patient-soignant) et une trame de synthèse du diagnostic éducatif (élaborée par les soignants, puis faisant l'objet d'un retour vers le patient).
2. Evaluer la faisabilité auprès d'un échantillon de patients et de soignants, et procéder aux réajustements nécessaires de l'outil
3. Accompagner l'appropriation par l'équipe soignante de l'entretien du diagnostic éducatif, se substituant au recueil de données traditionnel : Mise en place progressive (explications, apprentissages, mises en situation).
4. Valoriser l'entretien du diagnostic éducatif en tant que premier maillon d'un programme d'éducation thérapeutique remodelé, dans le sens d'une trajectoire plus personnalisée du patient vers une appropriation de compétences dans son cadre de vie.

SOURCES THEORIQUES

Le rôle central de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques est actuellement reconnu. Sa définition est énoncée par l'OMS en 1998, et assortie de critères de qualité positionnant l'éducation thérapeutique comme un « processus d'apprentissage systémique, centré sur le patient ». Une approche globale de la personne prend en considération son contexte de vie quotidienne, son rapport à sa maladie, et ses besoins (1).

L'action d'éducation thérapeutique vise à faire acquérir à un patient acteur un ensemble de compétences d'auto-soins (2). Ces acquisitions s'appuient sur des apprentissages dont l'ensemble structure la démarche éducative, et le diagnostic éducatif en constitue le premier temps (3).

Cet entretien structuré place le patient en situation de réflexion et d'expression, soutenu par des questions abordant en particulier ses représentations et la perception qu'il a de sa maladie, sa vie socioprofessionnelle, son rapport à son entourage personnel et professionnel, l'acceptation des contraintes de son traitement, ses attentes et ses projets (3).



●● suite page 8

- Cette narration lui permet de se situer par rapport à sa maladie, de donner du sens à ce qu'il sait. Elle constitue un temps pédagogique au service de la compétence "Intelligibilité de soi et de sa maladie" (2). Elle peut faire émerger la demande propre du patient vis-à-vis d'apprentissages, et a pour fonction d'engager sa motivation.
- Cet entretien favorise l'expression d'émotions, et remplit une fonction psychologique : la reconnaissance des émotions par l'interlocuteur soignant aide à libérer la disponibilité d'esprit du patient pour les apprentissages et accroît la cohésion de la relation patient-soignant. Ces 2 facteurs facilitent l'implication personnelle dans la démarche éducative. (3)

L'entretien du diagnostic éducatif permet au soignant de « comprendre ce que comprend le patient », d'identifier ses représentations, de repérer ses atouts et également ses difficultés, de prendre en compte ses caractéristiques psychologiques (stratégies d'adaptation, locus de contrôle ...).

La synthèse du diagnostic éducatif, élaborée par les soignants, puis discutée avec le patient, prépare la construction d'objectifs éducatifs qui ont du sens pour le patient.

La mise en place d'un entretien de diagnostic éducatif, inaugurant un programme d'éducation thérapeutique sur plusieurs jours en hospitalisation, constitue la phase initiale d'une trajectoire tournée vers la préparation et l'accompagnement de l'exercice de compétences par le patient dans sa vie quotidienne propre. Elle permet de prendre d'emblée en considération les facteurs psychologiques déterminants et pouvant faire obstacle dans près d'un cas sur deux (4). Ces déterminants sont à prendre en compte tout au long du programme d'éducation : celui-ci gagne à combiner temps en groupe et trajectoire individualisée, avec notamment participation d'une psychologue, en réponse souhaitable à la forte empreinte du contexte psychologique (4).

LES ETAPES DE LA MISE EN PLACE DU PROJET

Chronologie des étapes :

- Phases de préparation du projet : 2003-2004
- Lancement du projet : 2005
- Extension : Novembre 2006

Phases de préparation du projet : 2003-2004

1. Construction d'un guide d'entretien du diagnostic éducatif, support de l'entretien patient-soignant. Ce guide est adapté au diabète et se structure autour de 5 axes :
 - Qu'a le patient (dimension bio-clinique) ? Quelle perception a-t-il de sa maladie et de son traitement (santé subjective) ?
 - Que sait-il, que se représente-t-il ? (Annonce du diagnostic, attribution causale, modes d'apprentissages, dimension cognitive)
 - Que fait le patient (aspect socioprofessionnel, entourage personnel et personnes ressources) ?
 - Qui est-il (dimension psychoaffective, vécu, motivations, stratégies d'adaptation, locus de contrôle) ?
 - Quels sont ses attentes et ses projets, à court ou à long terme ?

Le guide a été produit par le groupe "Education" du conseil scientifique du réseau DIAMIP. Ce groupe est constitué de professionnels de santé médicaux et paramédicaux de la région Midi-Pyrénées, exerçant en ville ou en établissement de santé, privé ou public.

Les professionnels de santé de ce groupe ont évalué la faisabilité de l'entretien auprès d'un échantillon de patients, et le groupe a procédé aux premiers réajustements du guide et de sa synthèse.

Le guide est disponible sur le site du réseau DIAMIP : www.diamip.org

Lancement du projet, 2 phases : 2005

1. Accompagnement de l'appropriation de l'entretien du diagnostic éducatif par l'équipe soignante de l'hôpital de semaine du service de Diabétologie de Rangueil (Pr Hanaire).
 - Nous avons travaillé dans l'objectif de substituer cet entretien à visée éducative au recueil de données traditionnel, développant le dialogue et évitant le plus possible la forme du questionnaire.
 - Cette substitution, plutôt que la mise en place d'un entretien supplémentaire, se justifie par la nécessité d'éviter la redondance des points discutés, par respect du patient (il est pénible d'être sollicité à plusieurs reprises sur une même question, qui peut se trouver mobiliser une émotion douloureuse) et souci de bonne gestion

du temps des soignants. Elle constitue une modalité d'accueil du patient d'emblée tournée vers une écoute de qualité, et d'une pertinence accrue pour la suite du séjour.

- Pour cette raison, le guide d'entretien du diagnostic éducatif a intégré, dans cette phase de travail avec l'équipe soignante, quelques informations synthétiques utiles au projet d'éducation, en lien avec le vécu du patient, mais n'exprimant pas à proprement parler celui-ci (ex : Nom du lecteur du patient, complété par son état de marche et son adaptation à ce patient : ces 2 dernières données sont en lien avec le rapport du patient à sa prise en charge quotidienne).
- Cet accompagnement-formation a soutenu une mise en place progressive, comprenant les étapes suivantes :
 - Explication du diagnostic éducatif (objectifs, méthodologie) et du guide construit par le groupe éducation.
 - Apprentissage de la conduite de l'entretien par les infirmières de l'unité, utilisant diverses techniques : analyse de l'outil, jeux de rôles, mises en situation avec supervision par une infirmière ayant une appropriation plus avancée de la méthodologie.
 - Apprentissage de la construction de la synthèse du diagnostic éducatif de chaque patient au cours d'une réunion de l'équipe multi-professionnelle, avec le cadre infirmier et le médecin.
 - Evolution de la "visite" du médecin vers un entretien entre le patient et l'ensemble de l'équipe soignante, ayant pour support la synthèse du diagnostic éducatif. Ce moment est celui d'un retour de la synthèse du diagnostic éducatif vers le patient, suivi de la définition d'objectifs éducatifs personnalisés partagés avec le patient : il acquiert une fonction pédagogique.

> Au cours de cette phase, un travail de mise à disposition, analyse et aide à l'appropriation du guide pour l'entretien du diagnostic éducatif a été mené avec les membres de l'association FORMUHDIAB.

Ses membres sont des médecins, cadres infirmiers et infirmières référentes en éducation thérapeutique de 10 établissements d'hospitalisation publics ou privés de la région, actuellement sites orientés vers la



••• suite page 9

diabétologie du réseau DIAMIP, ainsi que de 3 sites du CHU de Toulouse. Dans ce cadre, une formation pour ces équipes à la conduite de l'entretien de diagnostic éducatif a été organisée sur 7 journées (préparation et animation par AGO Ingénierie et Formation, formateur agréé externe), à laquelle ont participé plusieurs professionnels de santé de l'équipe de l'hôpital de semaine du service de Diabétologie-Rangueil. Les équipes de l'association Formuhdiab intègrent un entretien de diagnostic éducatif au programme d'éducation pour patients diabétiques de type 2 en hospitalisation, sur 3 journées, qu'elles proposent.

2. Mise en place proprement dite

- Intégration de l'entretien de diagnostic éducatif et de sa synthèse en équipe, et remodelage des modalités de la "visite" de l'équipe de soins, dans deux programmes d'éducation thérapeutique en groupe, avec emploi du temps pré-établi, assurés par une équipe multi-professionnelle :

- Un programme d'éducation pour patients diabétiques de type 1, sur 5 jours
- Un programme pour patients diabétiques de type 2 sur 3 jours, se structurant en 3 temps : Une hospitalisation de 2,5 jours, une période de un mois d'expérimentation et mise en place dans la vie quotidienne, et un retour d'une 7 journée avec le même groupe de patients, pour évaluation, et ainsi que ré-ajustement des objectifs et du traitement si besoin.

- Cette intégration s'est faite progressivement, s'appuyant sur des réunions de travail régulières de l'équipe de soins, et a donné lieu à de nouveaux réajustements du guide d'entretien, au fur et à mesure de son appropriation par les soignants et de son évaluation auprès des patients. La notion d'évolutivité du guide a été et demeure essentielle.

- Une évaluation du vécu du patient et du soignant a été réalisée dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale, mené dans le cadre du programme d'éducation pour patients diabétiques de type 2, et portant sur 11 stages, 48 patients et 5 infirmières : voir paragraphe ci-après "Résultats".

Extension : Novembre 2006

- Depuis le 20 Novembre 2006, la mise en application d'un remodelage du programme d'éducation thérapeutique pour patients diabétiques de type 1, sur 5 jours, déjà existant, poursuit et développe l'inté-

gration systématique en début de programme de l'entretien de diagnostic éducatif. Celui-ci représente en effet la séquence d'ouverture d'un programme construit comme une trajectoire personnalisée du patient, dont la finalité est une appropriation de compétences dans son cadre de vie.

- La restructuration de ce programme, comportant un ré-aménagement de l'emploi du temps des 5 jours, ainsi qu'une construction de chaque séquence, est le fruit d'un travail de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale, mené sur plusieurs années. Ce travail a eu pour point de départ un audit de la semaine d'éducation, suivi d'une formation-accompagnement de l'équipe conduite un organisme agréé (AGO Ingénierie et Formation).

- L'emploi du temps combine séquences individuelles et séances d'éducation en groupe, prenant elles aussi en compte les besoins de chaque participant.

- Les attentes et les besoins du patient sont évalués en début de semaine, en s'appuyant sur la réalisation du diagnostic éducatif et d'ateliers d'évaluation structurée par objectif (ateliers E.S.O.).

- Les thématiques de l'éducation en groupe s'agencent autour de 4 axes d'objectifs pédagogiques, constituant un socle de base :

- Comprendre sa maladie, son traitement, les enjeux et modalités de sa prise en charge
- Gérer son alimentation, en particulier la consommation de glucides
- Adapter son traitement par insuline au quotidien, ainsi que dans des contextes spécifiques.
- S'approprier ses apprentissages, de sorte qu'ils prennent sens et puissent se projeter dans son contexte de vie propre.

- Pour chaque participant, les objectifs éducatifs sont négociés et partagés.

- Synthétisés par écrit, ils figurent en tant qu'objectifs individualisés dans le courrier aux médecins habituels, dans une perspective de continuité de l'éducation thérapeutique.

- Individuelles ou en groupe, les séances d'éducation s'appuient sur une méthodologie interactive, privilégiant de façon plus développée la méthode de la découverte.

- Les intervenants au cours de ce programme de 5 jours sont des professionnels de santé (par programme : 6 médecins, 1 interne des hôpitaux, 3 infirmières,

2 aide-soignantes, 1 diététicienne, 1 psychologue), ainsi qu'une éducatrice physique et sportive, et 1 assistante sociale.

TRAVAIL D'ÉVALUATION

De Juin 2005 à Janvier 2006, un travail de thèse de médecine générale a permis une évaluation de la mise en place du diagnostic éducatif au cours du programme d'éducation sur 3 jours : "Le diagnostic éducatif lors du stage d'éducation du diabétique de type 2. Vécu du patient et vécu du soignant", Dr C. Couzinou.

Ce travail a été mené sur 11 stages, et les réponses aux questionnaires de 48 patients et 5 infirmières ont pu être analysés. Le questionnaire était proposé aux patients lors de leur retour sur une 7 journée, 1 mois après l'entretien de diagnostic éducatif (effectué au début de l'hospitalisation initiale de 2,5 jours).

- 100% des patients déclarent que l'équipe soignante a cherché à connaître la façon dont ils vivaient avec la maladie, et 1 seul patient répond que cela ne correspondait pas à une de ses attentes. La totalité des patients a perçu l'intérêt des soignants pour leurs atouts et difficultés dans leur vie avec le diabète, et leur implication dans la discussion sur ces points. 94% des patients considèrent avoir pu exprimer leurs inquiétudes auprès des soignants, et 85% d'entre eux on vu aborder toutes les questions qu'ils souhaitaient, au cours du programme.

- Les infirmières ayant rempli le questionnaire (distinct de celui des patients) expriment que le diagnostic éducatif :

- Offre une meilleure connaissance du patient et de ses particularités (4/5)
- Fournit des résultats qui sont mis à profit pour le patient, dans la suite du programme d'éducation (4/5)
- Est utile dans leur pratique (4 sur 5), et est lu même quand l'infirmière n'a pas conduit elle-même l'entretien (5/5)
- Fait l'objet d'un travail de synthèse avec le reste de l'équipe soignante (5/5), et d'une façon plus large, a modifié le contenu des échanges avec les autres soignants (4/5)

La majorité des infirmières (4/5) estime avoir reçu une formation appropriée à la réalisation du diagnostic éducatif et à l'utilisation du guide d'entretien.



... suite page 10

Les 5 infirmières rencontrent comme principale difficulté un sentiment de manque de temps pour cet entretien singulier avec le patient (la durée moyenne est de 30 mn). Ceci suggère la poursuite d'un travail d'équipe concernant l'évolution du programme, pour développer la part d'accompagnement individuel au sein d'une éducation thérapeutique de groupe.

CONCLUSION

La recherche d'un équilibre optimisé entre éducation de groupe et accompagnement d'une trajectoire individuelle est au cœur du remodelage du programme d'éducation

sur 5 jours pour patients diabétiques de type 1, dont le déroulement est effectif depuis Novembre 2006.

BIBLIOGRAPHIE

(1) O.M.S., Education thérapeutique du patient : Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. Bureau Régional pour l'Europe Copenhague, 1998.

(2) Typologie descriptive de l'éducation thérapeutique en groupe dans le cadre de

la prise en charge de l'asthme et du diabète. CNAMTS-PERNNS- DHOS-Février 2002.

(3) Iguenane.J, Gagnayre.R, "L'éducation thérapeutique du patient. Le diagnostic éducatif ". Kinésithérapie, les cahiers, N°29-30 - Mai-Juin 2004/p. 58-64.

(4) Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, and Skovlund SE. "Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management : results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study". Diabet Med. 2005 Oct; 22 (10):1379-85.

AUTRES PATHOLOGIES CHRONIQUES

MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE PAR LA MSA POUR DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE

VINCENT VANBOCKSTAELE

L'ÉDUCATION thérapeutique du patient (ETP), selon la définition qu'en a donnée l'OMS en 1998, vise à "aider le patient et sa famille à comprendre sa maladie, coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation thérapeutique du patient permet aux patients d'acquiescer et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie."

Les premiers guides médecins récemment diffusés par la Haute Autorité en Santé définissent l'éducation thérapeutique comme un élément essentiel dans l'accompagnement médical des patients atteints de maladie chronique même si ce type de soins n'est pas inclus dans le panier de soins remboursables.

En MSA, les affections cardiovasculaires et le diabète représentent 60 % de l'effectif des patients en ALD soit environ 430 000 personnes. En 2004, la Mutualité Sociale Agricole s'est donnée pour projet d'expérimenter des actions régionales d'éducation thérapeutique au bénéfice de patients

assurés, suivis en ALD pour insuffisance cardiaque ou maladie coronaire.

Une collaboration de recherche a été établie avec le Laboratoire de Pédagogie de la Santé UPRES EA 3412 de l'Université Paris 13 pour évaluer cette expérience portant sur plus de 150 patients, dans 9 régions de France, avec le concours d'une quarantaine de médecins conseil de la MSA et autres personnels de santé.

Sur les 153 patients cardiaques qui ont suivi dans les 9 régions expérimentales les 3 séances d'éducation thérapeutique collective (et une évaluation à 6 mois), nous avons exploré les gains éventuels de connaissances et leur maintien dans le temps, les changements de comportements déclarés, la satisfaction vis à vis de l'éducation thérapeutique.

Les patients avaient un niveau initial de culture en santé assez élevé, ce qui explique qu'ils aient acquis, globalement, un nombre limité de connaissances. Par contre, les acquis les plus importants concernent des aspects vitaux ou essentiels à la bonne gestion de la maladie aux niveaux de la vigilance, de la compréhension du rôle des médicaments, de la biologie et de la diététique. Les connaissances acquises sont stables à six mois ; elles ne

subissent aucune érosion importante et au contraire, certaines semblent renforcées par l'expérience.

Contrairement à ce que rapporte fréquemment la littérature, c'est davantage au niveau des changements de comportements déclarés que le succès de cette expérience d'éducation thérapeutique est le plus net. Ces changements de comportement qui vont dans le sens d'une meilleure santé sont observables dans tous les domaines : nutrition, exercice physique, observance thérapeutique, compréhension du bon usage des médicaments. De plus, les patients ont acquis des compétences techniques d'auto-soin et d'auto-surveillance.

La satisfaction des patients vis à vis de ce programme d'éducation thérapeutique est très élevée ; elle est, pour toutes les dimensions explorées, supérieure à 90 %.

Les 55 médecins traitants des neuf régions concernées qui ont collaboré à l'expérience estiment en majorité que leurs patients ont acquis des connaissances sur leur maladie et leur traitement, lesquelles leur permettront d'améliorer leur hygiène de vie et leur confiance dans la gestion de leur maladie.



... suite page 11

La grande majorité de ces médecins considère que l'expérience de la MSA était utile et qu'il leur semble souhaitable de continuer une collaboration de ce type avec cet organisme.

Cette première expérience d'éducation thérapeutique de patients en ALD pour des problèmes cardio-vasculaires a permis d'obtenir des résultats suffisamment encourageants pour que la MSA décide d'étendre en 2006 son expérimentation d'ETP dans toutes les régions de France à ses ressortissants atteints d'une affection cardio-vasculaire et volontaires pour la suivre.

Depuis mai 2006, les assurés MSA de moins de 75 ans se voient proposer par le service médical de leur Caisse un programme d'éducation thérapeutique lors d'une demande de mise en ALD pour les affections suivantes : HTA, insuffisance cardiaque et maladie coronaire (soit un flux de plus de 12 000 personnes par an). Pour chaque patient volontaire, le médecin généraliste est informé parallèlement de cette

proposition et complète, lors d'une consultation avec son patient, le diagnostic éducatif nécessaire pour fixer les objectifs à atteindre. Via cet échange avec le médecin traitant, le recrutement des patients peut se faire également directement sur sa proposition en dehors du cadre de l'ALD.

Les patients bénéficient ainsi de trois séances (d'une durée de trois heures) d'éducation thérapeutique de groupe qui leur permettent de mieux connaître la maladie, d'identifier les facteurs de risque, de connaître les aliments à réduire ou privilégier, de planifier une activité physique adaptée à leur situation, d'identifier les signes d'alerte et de gérer le traitement médicamenteux.

Ces séances se déroulent à proximité du domicile du patient et sont animées par un médecin ou une infirmière (salarié ou libéral) formé par l'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales) et conventionné avec la MSA.

Les patients se voient remettre différents supports lors de ces séances (sets de table, semainier, ...) dont certains, comme le contrat d'éducation et la cible des facteurs de risque, peuvent servir d'appui au médecin généraliste pour poursuivre l'accompagnement de son patient dans les objectifs qu'il s'est fixés.

L'objectif en 2007 est d'atteindre un taux de participation de 30% à ces ateliers (soit environ 3500 personnes). Le coût estimé par patient est de l'ordre de 120 euros, soit un budget annuel de 420 000 euros financé par le fonds de prévention de la MSA.

A travers le déploiement de cette action, la MSA s'inscrit dans sa volonté de promouvoir l'éducation du patient en respectant l'accessibilité géographique, gage du principe d'équité. Néanmoins, ce projet cherchera toujours la complémentarité avec les structures d'éducation thérapeutique déjà existantes (réseaux de soins notamment).

à propos d'un cas

DU DEUIL DE SON DIABÉTOLOGUE

Madame O. partage sa vie entre Beyrouth et Paris. Elle vient d'avoir 72 ans et vit seule. Sa famille se limite à son fils qui vit au Koweït.

Elle est diabétique depuis plus de 40 ans, ne veut dépendre de personne, fuit les complications comme la peste et choisit de ne pas être sucrée; les glycémies proches de 0,80 g la rassurent et elle y parvient au prix de quelques hypoglycémies vertigineuses...

Elle est en manque de diabétologue. Celui qui la suivait depuis plusieurs dizaines d'années a pris sa retraite au grand désespoir de Madame O.

Au cours de cette première consultation, le nom de son précieux samaritain revient en boucle, elle ne faisait rien sans son avis, ne décidait de voir aucun autre spécialiste sans qu'il le lui ait expressément conseillé.

Une émotion intense est perceptible mais totalement maîtrisée comme les hypoglycémies.

Le manque remplit le temps de la consultation, le deuil est vif.

Le désarroi est visible sur le visage sans maquillage et l'allure de cette femme longiligne, les traits pâles sillonnés par l'ensoleillement des pays du Moyen-Orient et le cheveu tiré gris. Ses vêtements d'inspiration

occidentale dénotent un goût sûr pour des matières nobles aux ourlets stricts mais définitivement grises et sans éclat.

Dans ce contexte, je me cantonne à la plus simple des réserves. Je ne touche pas à son traitement, lui souffle tout au plus qu'il y en a de nouveaux, capables de lui épargner les hypoglycémies ; mais en l'absence de la moindre approbation, du plus petit engagement de la part de la patiente, je ne les prescris pas.

Quelque chose est encore tellement figé, passéiste, fugitif que la moindre proposition si moderne fût elle, était, selon moi, à cet instant, définitivement inaudible.

Mais peut-être avais-je eu tort car Madame O. consulte un autre diabétologue qui lui prescrit les fameux traitements modernes...

Quelque temps plus tard, je revois Madame O.

Elle ne peut pas supporter les nouvelles insulines. Une hospitalisation a été programmée dans un mois pour l'aider à s'adapter. Mais sa panique est totale. Elle a essayé de s'habituer à la nouvelle insuline rapide en ambulatoire, mais c'est plus fort qu'elle, tout cela est trop nouveau, il est visiblement trop tôt pour qu'elle se l'approprie.

Nous faisons plus ample connaissance, pour comprendre.

Deux deuils ont marqué la vie de Madame O, la perte de sa mère en 1991 et la perte de son chat le 11 septembre 2001, et puis je suggère ce troisième deuil plus récent (la perte de son diabétologue) qui, comme à chaque fois que cela se produit lors de la répétition de ce traumatisme, ravive les précédents...

Lorsqu'elle revient me voir, quinze jours plus tard, elle me dit dans un soupir de soulagement alors que je ne l'avais pas encouragée à changer son traitement : « ça va mieux, j'ai arrêté l'ultra rapide et j'ai repris l'actrapid et l'insulatard ».

Elle me tend son carnet, les hypoglycémies sont là comme avant, impressionnantes mais à n'en pas douter rassurantes, génératrices d'un sourire pas totalement inattendu.

Alors, changer de traitement, oui dans la théorie, dans les livres, dans la presse, sous les diktats de tous types, mais seulement si on est prêt.

On ne peut pas à la fois changer de diabétologue et changer de traitement quand les deux fois « on » n'a pas décidé.

Chaque chose en son temps...



Bulletin d'abonnement à Diabète Education et inscription au DELF



**INSCRIVEZ-VOUS,
ET VOUS SEREZ ABONNÉ !**



Photocopier et découpez suivant les pointillés, pliez suivant le tireté et glissez le coupon dans une enveloppe longue à fenêtre.

INSCRIPTION AU GROUPE "DIABÈTE ÉDUCATION DE LANGUE FRANÇAISE"

Association pour la reconnaissance et la promotion de l'éducation des diabétiques

Inscription pour l'année 2006 - Droit d'inscription : 20,00 Euros

Ces droits permettent d'être **membres du DELF** et de recevoir le journal "Diabète Éducation"

Libellez votre chèque à l'ordre de "Diabète Éducation de Langue Française"

Souhaitez-vous un justificatif ? oui non

NOM : _____ et/ou tampon :

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____



Plier suivant le tireté

Adresser à :

Profession :

Médecin

Infirmière

Diététicienne

Psychologue

Autre

Activité(s) :

Hospitalière

Libérale

DELF
88 rue de la Roquette
75011 PARIS



novo nordisk
changing
diabetes

Innovation pour une meilleure prise en charge psychosociale du diabète



PRIX NATIONAL DAWN

Un partenariat entre NOVO NORDISK et le DELF
(Diabète Education de Langue Française)

Paris Santé Education 2008

OBJECTIFS ET CONDITIONS :

Ce prix d'un montant de **5 000 euros** s'adresse à toute personne investie dans la prise en charge du diabète : équipes ou individus soignants médecins ou non médecins investis en diabétologie.

Le projet récompensé devra concerner spécifiquement les **aspects psychosociaux du diabète**. Il devra être en place depuis moins d'un an ou être une extension prévue d'un projet existant.

A l'exception du lauréat 2007, les personnes ayant déjà postulé peuvent décider de soumettre à nouveau leur dossier.

Jury pluridisciplinaire sous la présidence du Docteur Ghislaine Hochberg.

CALENDRIER ET MODALITES PRATIQUES :

Le dossier d'inscription est à renvoyer en 2 exemplaires dont 1 anonyme avant le 10 septembre 2007 à :

Novo Nordisk Pharmaceutique S.A.S.
Service Communication
Le Palatin - 30 rue de Valmy - la Défense 12
92936 Paris La Défense Cedex

Les résultats seront communiqués à partir du 30 novembre 2007.

Les dossiers d'inscription sont disponibles sur le site www.novonordisk.fr et sur le site du DELF www.diabete-education.org

ENGAGEMENT DU OU DES LAUREATS :

Le ou les lauréats s'engagent à présenter le projet récompensé au prochain congrès Paris Santé Education 2008 et à participer à la promotion du projet.



DELF
Diabète Education
de Langue Française

DAWN
Diabetes Attitudes Wishes & Needs



Pour vos diabétiques de type 2,
dès que régime, exercice physique et réduction pondérale sont insuffisants

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

- **Efficace en monothérapie**
- **Efficace en association***



Désormais disponible en conditionnement trimestriel

Une seule prise par jour

COMPOSITION ET FORMES : Gliclazide 30 mg cp à Libération Modifiée. Btes de 30, 60, 100 ou 180. INDICATION : DNID (diab. type 2),

chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la réduc. pondérale seuls ne sont pas suffisants pour obtenir l'équil.

glycémique. POSO. ET MODE D'ADMINISTRATION : 1 à 4 cp/j en une seule prise au moment du petit déjeuner y compris chez les patients de

plus de 65 ans et chez les insuffisants rénaux modérés avec une surveillance attentive. * Assoc. possible aux biguanides, inhibiteurs de l' α -glucosidase,

à l'insuline (un traitement associé par insuline peut être instauré sous stricte surveillance médicale). Respecter un intervalle de 1 mois mini. entre chaque palier. CONTRE-INDIC. :

DID (diab. type 1), précoma et coma diab., acidocétose diab., insuf. rén. ou hépat. sévère (dans ces situations, recourir à l'insuline), hypersensibilité au gliclazide ou à l'un des constituants, aux autres sulfonyles, aux sulfamides,

trait. par miconazole (cf. Interac. et autres formes d'interac.), allait. (cf. Grossesse et allait.). MISES EN GARDE ET PRÉC. D'EMPLOI : Risq. d'hypoglycémie sous sulfamides pouvant nécessiter une hosp. et un resucrage sur plusieurs

jours. Informer le patient des risq. et préc. d'emploi et de l'importance du respect du régime alim., d'un exercice physique régulier, du contrôle de la glycémie. Ne prescrire que si l'alimentation est régulière. INTERACTIONS :

Majorent l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillés), β -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres antidiab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept. H_2 , IMAO,

sulfonamides et AINS ; diminuent l'effet hypoglyc. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoïdes, tétracosactide ; en IV : ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte : anticoagulants. GROSSÈSSE ET

ALLAIT. : Relais par insuline si grossesse envisagée ou découverte, allait. contre-indiq. APTITUDE À CONDUIRE : Sensibiliser le patient aux symptômes d'hypoglyc. Prudence en cas de conduite. EFFETS INDÉSIRABLES :

Hypoglycémie, troubl. gastro-intest. Plus rares, régressant à l'arrêt du trait. : érup. cutanéomuq., troubles hématol., troubles hépatobil. : élévation des enz. hépat., hépatites (cas isolés). Si ictère cholestatique : arrêt immédiat du

trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCÉMIANT-DÉRIVÉ DE L'URÉE. DIAMICRON 30 mg possède un hétérocycle azoté qui le différencie des autres sulfamides. Prop. métaboliques : DIAMICRON 30 mg

restaure le pic précoce d'insulinosécrétion, en présence de glucose. En plus de ses propriétés métaboliques, DIAMICRON 30 mg présente des propriétés hémovasculaires : DIAMICRON 30 mg diminue le processus de

microthrombose. Prop. pharmacocin. : après l'adm., les conc. plasm. de gliclazide augmentent progressivement jusqu'à la 6^e h puis évoluent en plateau entre la 6^e et la 12^e h. La prise unique

quotidienne de DIAMICRON 30 mg permet le maintien d'une concentration plasmatique efficace pendant 24 h. LISTE I - Remb. Séc. soc. 65 % - Coll. À conserv. dans le condit. d'origine.

AMM 354 184-8 - 30 cp : 9,73 € ; CTJ : 0,32 € à 1,30 €, AMM 354 186-0 - 60 cp : 17,98 € ; CTJ : 0,30 € à 1,20 €, AMM 354 188-3 - 100 cp (mod. hosp.), AMM 372 261-0 - 180 cp : 52,21 € ;

CTJ : 0,29 € à 1,16 €. Info. complète, cf. VIDAL Info. méd. : Servier Médical - Tél : 01 55 72 60 00 - Les Laboratoires Servier - 22, rue Garnier - 92578 Neuilly sur Seine Cedex.

