Pour vos diabétiques de type 2,

dès que régime, exercice physique et réduction pondérale sont insuffisants

DIAMICRON 30

Comprimé à Libération Modifiée

Efficace en monothérapie

Efficace en association*



Désormais disponible en conditionnement trimestrie

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'a-glucosidas

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 sulfonylurées, aux sulfamides

trait, par miconazole (cf. Interac, et autres formes d'interac.), allait. (cf. Grossesse et allait.), MISES EN GARDE ET PRÉC, D'EMPLOI : Riso, d'hypoolycémie sous sulfamides pouvant nécessiter une hosp, et un resucrace sur plusieurs iours, Informer le patient des riso, 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.-H₂, IMAO sulfonamides et ÁINS ; diminuent l'effet hypogly. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoïdes, tétracosactide ; en IV : ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte : anticoagulants. GROSSËSSE ET ALLAIT.: Relais par insuline si grossesse envisagée ou découverte, allait. contre-indig. 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 choiestatique : 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. plasmat. de gliclazide augmentent progressivement jusqu'à la 6* h puis évoluent en plateau entre la 6* et la 12* h. La prise unique

quotidienne de DIAMICRON 30 mg permet le maintien d'une concentration plasmatique efficace pendant 24 h. LISTE 1 - Remb. Séc. soc. 65 % - Coll. À conserv. dans le conditio. d'origine ÁMM 354 184-8 - 30 cp : 9,73 € ; ČTJ : 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





Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française —



QUAND L'ÉLÉPHANT ACCOUCHE D'UNE SOURIS!

HELEN MOSNIER-PUDAR DIABÉTOLOGUE PARIS

'AMÉLIORATION de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques était l'objectif de l'un des cinq plans stratégiques de la loi relative à la politique de santé publique en France qui

aurait du voir le jour en 2005. Dans cette même loi, plus d'un quart des objectifs définis concernaient des personnes touchées par une maladie chronique. Ainsi nombre de personnes, soignants ou patients, y ont vu un intérêt croissant pour la qualité de vie et certainement l'occasion de davantage prendre en compte les besoins quotidiens et concrets des personnes atteintes de maladies chroniques.

Membres du Bureau du DELF

VICE-PRÉSIDENT SECRÉTAIRE GÉNÉRALE Michel Gerson SECRÉTAIRE ADJOINT TRÉSORIÈRE TRÉSORIÈRE ADJOINTE

Membres du CA du DELF

Elisabeth Chabot (2010) Claude Colas (2008) Isabelle Debaty (2010) Alain Denoual (2009) Michel Gerson (2009) Hocbera (2008) Vathalie Jourdan (2009) Fabrice Lagarde (2009) Sylvie Laroche (2008)

Anne-Marie Lequerrier (2008) Marie-louise Leroyer (2008) Dominique Malgrange (2009) Monique Olocco (2009) Alfred Penformis (2010) Pascal Pichavant (2009) Marc Popelier (2010) Chantal Stuckens (2008) Séverine Vincent (2008)

Le choix du législateur, tout à fait pertinent, repose sur l'explosion de la prévalence des maladies chroniques, l'évolution de la conception de la personne malade et du rôle qu'elle peut avoir dans sa prise en charge, qui font de la qualité de vie un des indicateurs d'évaluation de cette prise en

Indissociable, à nos yeux, des démarches d'éducation du patient, la dimension qualité de vie permet de recentrer le traitement et l'évaluation sur le patient, sur son contexte personnel et social et pas simplement sur la maladie.

Depuis longtemps l'OMS considère que l'éducation du patient contribue à une meilleure qualité des soins, une diminution des coûts de santé et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques. Pour cela il est absolument nécessaire que les différents professionnels soient formés, et acquièrent des compétences qui, le plus souvent, ne font pas partie du contenu de leurs formations initiales (identifier les besoins objectifs et subjectifs des patients, prendre en compte l'état émotionnel des patients, leur vécu et leurs représentations de la maladie, communiquer de manière empathique, etc.).

Le DELF, mais aussi l'ALFEDIAM, y ont vu une possibilité qu'enfin l'éducation thérapeutique du patient trouve la place qui est la sienne dans la prise en charge des patients diabétiques, et plus encore de tous les patients atteints de maladie chronique. Une opportunité pour promouvoir ces actions, les reconnaître, voire même les financer, susciter une recherche d'un niveau scientifique, et surtout inscrire sa pratique et sa formation dans le cursus de formation initiale et continue des soignants, avant tous des médecins. Espoir

d'autant plus important, qu'il avait été clairement annoncé, que l'un des objectifs du Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de



Éditorial: Quand l'éléphant accouche d'une souris P. 1 H. Mosnier Pudar Vu pour vous 1 : Formation M. Martinez, H. Boureau, C. Cocheteux Vu pour vous 2 : Gymnastique Testé pour vous : Les guides **PNNS** P. 7 A. Erger, N. Forquignon, S. Garcia Bayle De la théorie à la pratique : Expérience de prise en charge éducative du pied diabétique dans le cadre du réseau Loirestdiab par un aide-soignant J. Marest, C. Gillet, A. Ciofu, N. Hernandez, F. Lagarde Autres pathologies chronique : L'éducation du patient pour l'autodialyse et l'hémodialyse à domicile : l'expérience de l'A.I.D.E.R Montpellier P. 10 N. Raynal **Vie du DELF:** Formation Vie des congrès : les journées

de la prévention 2007 P. 14

C. Fournier

maladies chroniques était de « garantir une éducation de qualité à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ». Ainsi, deux sous commissions de ce plan se sont intéressées à l'éducation, l'une concernait l'éducation thérapeutique et l'information proprement dites, l'autre la formation, en particulier des soignants, à l'éducation du patient. Les discussions ont été passionnantes et les propositions nombreuses, innovantes et enrichissantes.

Et après.... Une attente de près de deux ans, a tel point que nombre d'entre nous n'y croyaient plus.... ET puis le 24 avril 2007, quelques semaines avant des élections présidentielles et législatives, le plan est dévoilé. Sa portée réelle est difficile à prévoir, d'autant plus que sa médiatisation a plutôt été modeste. Enfin les mesures annoncées, comme le disent si bien les scientifiques, sont inversement corrélées à nos espoirs. Probablement avons nous eu tord de confondre qualité de vie et éducation thérapeutique.

Voyons voir ces mesures :

Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer :

- Diffusé auprès des patients des cartes individuelles d'information et de conseils élaborés en collaboration avec les associations de patients et les sociétés savantes
- Créer un portail internet sur les maladies chroniques avec un volet information, un volet éducation du patient sur l'offre des services éducatifs sur un territoire de santé (encore faudratil en faire le recensement, s'assurer de la qualité des offres, mettre en place un suivi et une évaluation des structures, mais cela le plan ne le prévoit pas), un volet social pour mieux faire valoir ses droits, un volet épidémiologique.
- Impliquer les patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants, sur la rédaction des programmes éducatifs et leur évaluation, développer des expériences de « patients-formateurs ».

Elargir la médecine de soins à la prévention :

- Intégrer (dés la rentrée 2007!) à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient: fait par qui? sur quel programme? quelles modalités? Je vous rassure dans ma faculté, Paris V, il n'y a eu aucune action entreprise dans ce sens, et pourtant des services, comme celui de diabétologie de l'hôpital Hôtel Dieu, où l'éducation thérapeutique est une priorité, font partie ce CHU.
- Rémunérer l'activité de l'éducation thérapeutique à l'hôpital dans le cadre de la T2A (alors que des hôpitaux de jour centré sur l'éducation du patient sont menacés sur la base de la circulaire appelée frontière du 31 août 2006 régissant ce qui ou n'est pas un hôpital de jour), en médecine de ville en se basant sur l'avenant 12 de la convention médicale où il n'est pas prévu de financer ce type d'activité.
- Mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants dans les réseaux et les centres d'examens de santé, dont la formation des personnels en éducation du patient n'est pas assurée.
- Reconnaître de nouveaux acteurs de prévention par exemple sur les soins faits en prévention du pied diabétique où seront impliqués médecin traitant et pédicure-podologue, mais ici aussi formation et parcours de soins ne sont pas clairement définis.

Faciliter la vie quotidienne des malades :

- Développer un accompagnement personnalisé des malades dans la logique de « disease management », nom barbare venu d'outre Atlantique où problématique et organisation des soins sont fondamentalement différents, mais que l'on décide de transposer en France sans concertation avec les soignants et déconnecté des soins.
- Permettre aux aidants de pratiquer certains gestes techniques indispensables à la vie quotidienne.

- Etendre aux malades chroniques les missions de « correspondant handicap » dans les entreprises.
- Augmenter les possibilités de prise en charge à domicile et en appartement thérapeutique.
- Aider les parents handicapés ou atteints de maladie chronique à s'occuper de leurs enfants.
- Faire accéder les personnes atteintes de maladie chronique aux prestations liées au handicap.

- Mieux connaître les besoins :

- Analyser et consolider les données épidémiologiques.
- Développer des connaissances sur les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie.

Ainsi ce plan coûtera, sur 5 ans, un peu plus de 720 millions d'euros, mais peu de ces millions seront consacrés à l'éducation du patient, par exemple seuls 3,3 millions par an pour le financement des activités d'éducation à l'hôpital pour toutes les maladies chroniques.

On peut dire que la déception est grande concernant les mesures qui concernent l'éducation thérapeutique. D'autant plus que les conclusions des sous-groupes de travail qui y ont été consacrés, étaient beaucoup plus ambitieuses et avaient réfléchi à une véritable organisation de l'offre d'éducation et de formation. Il existe en plus un petit arrière goût amer à la lecture de ce plan, celui qui peut faire penser qu'il est là au moins ne partie pour annoncer et accompagner les projets de la CNAM sur l'accompagnement du patient et la mise en place de l'éducation thérapeutique au sein des centres de santé. A ma connaissance ces mesures ne font pas partie des propositions émanant des groupes de travail sur l'éducation, or j'ai bien participé à toutes les réunions de ces groupes.

Nonobstant ce plan a le mérite d'être là, à nous d'être vigilant sur sa mise en application. A nous d'être présent et de défendre ce que nous pensons être une éducation du patient de qualité, chaque fois que nécessaire.

Le nouveau CA du DELF a été élu le 3 Juillet 2007. Bienvenue et félicitations aux nouveaux élus : E. Chabot, I. Debaty, F. Penformis et M. Popelier. Nous donnons rendez-vous à tous pour la prochaine réunion le 12 Octobre.

A VOS AGENDAS



SANTE- EDUCATION PARIS 2008 1 février 2008

Auditorium de l'Institut Pasteur 28 rue du docteur Roux - 75015 Paris

<u>Thème principal</u>: L'Éducation thérapeutique existe-telle en tant que telle ? Pathologie chronique invitée : Éducation thérapeutique et soins palliatifs

> Soumission des résumés on-line www.diabete-education.com Date limite de soumission: 30

Droits d 'inscription:	Individuelle	130 €
	Collectivité - FMC	150 €
	Avant le 31 décembre 2007:	

membres du DELF (à jour de cotisation) 90 € Cotisation annuelle du DELF 20 €

Les droits d'inscription incluent :

l'accès aux communications et à l'exposition, le déjeuner, le livre des résumés. **Formalités :**

Une inscription n'est retenue que si elle est accompagnée d'un règlement ou d'une prise en charge par la Formation Médicale Continue ou autres collectivités. Les inscriptions sur place seront de 150 €.

Les chèques doivent être libellés à l'ordre du DELF.

Numéro d'agrément : 11 75 3241475

Numéro d'agrément FMC: 100 026 (8 crédits pour la journée)

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom:		
Prénom:		
Médecin Infin	rmier 🔲 Diététicie	en Autres
(préciser):	_	
Adresse Professionne	elle:	
Code Postal:	Ville:	Pays:
Téléphone:		•
Fax:		
Email:		
Désirez vous une fich	ne de réduction SN	CF : oui non
ia à adresser à · ID	Com 1 rua Isidora	Pierre 14000 Caen

Bulletin et chèque à adresser à : JPCom 1 rue Isidore Pierre 14000 Caen

Tel 02 31 27 19 18 Fax 02 31 27 19 17 Email: jp-com@wanadoo.fr

LES JOURNÉES DE LA PRÉVENTION 2007

CÉCILE FOURNIER

Les 29 et 30 mars 2007, 1150 professionnels ont participé à la troisième édition des Journées de la prévention, organisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) à la Maison de la Mutualité à Paris.

Construites pour la première fois autour d'un appel à communications, ces journées ont permis la présentation de travaux et d'expériences de terrain évalués, mais aussi de recherches en promotion de la santé, en prévention, en éducation pour la santé et en éducation du patient.

Huit thématiques ont été abordées, avec pour chacune l'investissement d'un comité scientifique interinstitutionnel ad hoc. chargé de rédiger l'appel à communication. de sélectionner les interventions orales et les communications affichées et d'organiser la session correspondante.

Les présentations orales et les diaporamas sont accessibles en ligne sur le site de l'Inpes, de même que la retranscription intégrale de l'ensemble des débats : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/2007.htm

La session 3, consacrée au thème « le patient : sa place et son rôle dans la relation éducative » a été élaborée par un comité scientifique réunissant plusieurs partenaires co-organisateurs de la session aux côtés de l'Inpes : le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), l'Union nationale des associations familiales (Unaf), l'association des accidentés de la vie (Fnath), la Société française de santé publique (SFSP), la Mutualité française et l'Assurance mala-

Trois sous thèmes v ont été explorés avec des patients, des représentants d'associations de patients et des professionnels

venant d'horizons très divers : il s'agissait de « l'engagement dans la démarche éducative », de « l'organisation et le vécu de la démarche éducative », et « des différentes places du patient dans la démarche éducative ». Une table ronde finale a permis de croiser les regards de patients, de professionnels et d'institutionnels sur la démarche éducative.

La fréquentation importante de cette session, la vitalité des travaux présentés et la richesse des débats (http:/ www.inpes.sante.fr/jp/cr/2007/s3.htm) sont révélateurs de l'intérêt porté à la question de la place du patient dans la démarche éducative et montrent l'importance de tels espaces de débat pour des personnes qui interviennent à différents titres dans cette démarche.

□ Session 1:

Naître et grandir au milieu des siens : quel accompagnement ?

□ Session 2:

Parcours de prévention, médecin traitant et professionnels de santé : quelles articulations ?

Le patient : sa place et son rôle dans la démarche éducative

□ Session 4:

L'éducation à la santé à l'école : une éducation citoyenne ?

□ Session 5:

Entre politiques nationales et initiatives locales, renforcer les synergies pour promouvoir la santé

□ Session 6:

La démarche-qualité en éducation pour la santé

Quelle place pour l'éducation pour la santé dans le projet éducatif en accueil collectif de loisirs sportifs et de jeunesse ?

□ Session 8:

De la recherche à l'action et de l'action à la recherche

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Serge Halami, Diabétologie CHU de Grenoble, 38700 La Tronche - Tél. 04 76 76 58 36

DIRECTEUR DE RÉDACTION:

Guillaume Charpentier, Hôpital Gilles-de-Corbeilles, 59 bd H.Dunant, 91100 Corbeil - Tél 01 60 90 30 86

RÉDACTEUR EN CHEF:

Monique Martinez, CH de Gonesse, 25 rue Pierre de Theilley, BP 71, 95503 Gonesse - Tél 01 34 53 27 53

COMITÉ DE RÉDACTION:

Clara Bouche (Paris) Alina Ciofu (Montargis) **Cécile Fournier** (Paris) Hélen Mosnier-Pudar (Paris) Julie Pélicand (Bruxelles) **Dorothée Romand** (Paris) Julien Samuel Lajeunesse (Paris) Fabrice Strnad (Pontoise) Martine Tramoni (Neuilly s/Seine)



FORMATION PEGASE: OUTILS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ADAPTÉS À LA PRISE EN CHARGE DE LA DVSLIPIDÉMIE

MONIQUE MARTINEZ, HÉLÈNE BOUREAU, CHANTAL COCHETEUX, HÔPITAL DE GONESSE.

OUS nous sommes rendues à trois dans les locaux du groupe pharmaceutique Astra Zeneca pour suivre cette formation PEGASE sur 48h, formation au sujet de laquelle nous étaient parvenus à plusieurs reprises d'élogieux commentaires. C'est donc en trio multidisciplinaire, cadre de santé, diététicienne et diabétologue que nous franchis notion même d'éducation thérapeutique. L'accent a particulièrement été mis sur les notions «d'aide à la prise de conscience » et de « renforcement de motivation » ainsi que sur les qualités requises d'un outil éducatif devant être pertinent, interactif, compréhensif, agréable et facile à utiliser.

Un premier atelier commun nous a permis



Photo (1): Le photo langage

sions ce lundi matin les locaux surprotégés du centre de formation. Nous nous sommes retrouvés une trentaine de participants, tous acteurs de santé, d'horizons variables mais tous concernés par la prévention cardiovasculaire : infirmiers, cadres, diététiciens, médecins, de provenances variables public, privé, soins de cure... de spécialités principalement cardiologique, diabétologique et neurologique. Quelques notions théoriques d'éducation thérapeutique nous ont tout d'abord été présentées par les deux animateurs de ce séminaire tous deux formateurs au sein de l'équipe d'Alain Golay à Genève. Il faut considérer l'origine très variable des participants dont certains abordaient pour la toute première fois la

d'appréhender sous forme de méta plan les « obstacles » et les « points positifs » de réussite d'un programme éducatif. Ce premier atelier collectif a permis une mise en commun des problématiques rencontrées et des ressources existantes tout en familiarisant le groupe à la technique du méta plan ainsi qu'à ses deux principaux atouts : la « prise de parole par tous » et la « synthèse visuelle ». Durant ces deux jours de formations, les transmissions de compétence se sont effectuées sur ce même mode: un niveau basique concernant l'outil considéré et un niveau plus conceptuel concernant les techniques mêmes d'animation sous-tendues par l'outil.

Une vidéo d'entretien médecin/patient autour d'un diagnostic éducatif nous a été par la suite présentée, permettant d'illustrer le concept d'éducation centrée sur le patient avec ce temps d'évaluation initial du patient comportant des questions ouvertes abordant son ressenti de la maladie, son vécu, ses représentations, ses connaissances, ses désirs, son entourage, ses projets. Ce « temps » d'entrée en relation avec le patient est souvent difficile à appréhender du fait de nos formations classiques nous formatant aux questions « fermées ». La finalité de ce diagnostic éducatif est de trouver un levier de motivation permettant la construction d'un projet de santé. Cet exemple d'entretien était probablement indispensable compte tenu de l'origine très diverse des participants, qui pour certains n'avaient jamais reçu la moindre formation d'éducation thérapeutique et n'étaient du fait de leur encadrement professionnel pas du tout sensibilisés à ce type d'approche.

Cette première matinée de sensibilisation s'est achevée sur l'importance d'absence de jugement, la notion d'acceptation de la « vérité du patient » et sur l'intérêt de la « reformulation » en tant qu'outil pédagogique témoin de l'écoute du soignant. La projection dans l'avenir du patient est utilisée comme outil de travail motivationnel permettant également d'appréhender les notions d'ambivalence/déni/projection dans

Deux modèles théoriques de changement de comportement nous ont été présentés :

1 - le modèle de Proshaska dit modèle « trans-théorique » des comportements de santé permettant d'adapter et d'accompagner le patient en fonction de l'étape à laquelle il se trouve :

- étape de non implication
- étape d'adhésion à l'information (le « se sentir concerné »)
- étape de décision d'un changement (préparation à l'action) rattachée à la force de la motivation



- étape d'initiation du changement (mise en place d'un nouveau comportement) nécessitant un renforcement (accompagnement thérapeutique et recherche de difficultés)
- étape du maintient du changement avec ses deux issus possibles : le dégagement (le nouveau comportement devenant une habitude) ou la rechute (rechute au comportement antérieur ou non observance).

La notion de rechute doit par ailleurs être présente à chaque étape. Il nous a été grandement souligné l'importance de ne pas culpabiliser le patient en cas d'échec, l'échec faisant partie intégrante de la boucle sus-écrite. La notion d'auto-efficacité a été abordée permettant de remettre le patient dans la boucle, avec un « petit objectif » préférable à un « grand objectif » non réalisable : importance du renforcement positif permettant de maintenir le patient dans la motivation, valorisation de ce que le patient a effectué de bien pour le maintenir dans l'arche de la réussite.

- 2 Le Health Beleaf Model nous a également été détaillé avec ces 4 conditions requises à l'acceptation du traitement par le patient :
- être persuadé qu'il est bien atteint de la maladie
- penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui
- penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique
- penser que les bienfait du traitement contrebalancent avantageusement les effets secondaires, les contraintes psychologiques, sociales, financières engendrées par ce traitement.

A chaque étape abordée correspond dans le cadre de la dyslipidémie un outil PEGASE, construit selon les principes d'adaptation au processus motivationnel.

La mallette PEGASE contient donc divers outils à utiliser selon une chronologie bien précise. Ces outils sont répartis en outils de séances collectives et en outil de séances individuelles qu'il convient d'intercaler entre deux séances collectives. Ces séances doivent rassembler entre 5 et 10 patients et de préférence être animée par deux éducateurs en binôme.

La méthodologie PEGASE et son évaluation nous ont été présentées le deuxième jour de formation, volontairement à distance de cette première journée de sensibilisation, probablement afin de ne pas interférer avec notre première approche.

Cette méthodologie PEGASE mis en place par les laboratoires Astra Zeneca, résulte de trois étapes successives :

- une première étape d'identification des attentes des médecins et des besoins des patients
- une deuxième étape de proposition de solutions éducatives avec élaboration d'un programme spécifique : le programme PEGASE
- une troisième étape d'évaluation de l'intérêt et du bénéfice de cette approche à 6 mois et 12 mois de mise en place confirmant une réduction des facteurs de risques cardiovasculaires.

- le chevalet sur le traitement

Une deuxième intersession individuelle est alors nécessaire afin de construire avec le patient son propre projet thérapeutique.

Les séances collectives 3 et 4 permettent à distance d'évaluer l'efficacité de la prise en charge, de renforcer la motivation tout en abordant des ateliers pratiques.

Il ne nous a pas été proposé de calendrier précis pour cette mise en place, à chacun d'organiser ces diverses séances en fonction de la structure propre de son service et de ses possibilités. Certaines équipes déjà formées à PEGASE utilisent le programme dans le cadre d'hôpitaux de semaine, dans le cadre de diverses séances d'hôpitaux de jour, en séances ambulatoires dans certains réseaux... Le délai conseillé par contre entre deux séances collectives ne doit pas excéder deux mois.

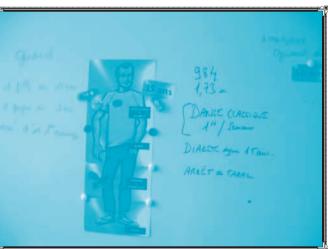


Photo (2): Mode d'utilisation du personnage

Concernant la séance collective n°1 : elle est dédiée à la sensibilisation et motivation du patient, l'objectif principal étant de clarifier le risque cardiovasculaire. Sa durée totale ne doit pas dépasser 1h30, répartie en trois outils :

- le photo langage (30 à 40 mn)
- le personnage mosaïque (30 à 40 mn)
- le chevalet imagé (15 mn)

Une intersession individuelle est alors souhaitable afin d'identifier avec le patient le facteur de risque sur lequel il peut agir.

La séance collective n°2 reprend les divers aspects du traitement des dyslipidémies avec :

- le photo langage sur les aliments
- le chevalet sur l'activité physique

Revenons à notre première journée de formation, le début d'aprèsmidi s'est déroulé en travail de groupe de 6 à 10 participants. Nous avons découvert le premier outil de la séance collective n°1 le photo langage (photo1) avec pour consigne d'en dégager un objectif et un mode d'emploi. Des échanges parfois fort dynamiques et controversés nous ont

permis de proposer au reste de l'assemblée nos diverses ébauches de mode d'emploi de l'outil, ébauches relativement difficiles à structurer malgré la simplicité des cartes présentées que nous ne comprenions pas toujours très bien : comment utiliser la ville ? Le grand-père avec ses petits-enfants ? Au milieu de gâteaux à la crème e de la cigarette...

Cet outil de photo expression nous ensuite été présenté dans sa véritable utilisation, chaque patient étant supposé se saisir d'une carte « agréable » et d'une carte « désagréable ». Cet outil est un outil starter permettant à chaque patient de s'exprimer, c'est un premier outil de « sensibilisation » induisant la notion de risque non virtuel et



••• suite page 12

<u>Quels sont les avantages</u> <u>de ce type de prise en charge ?</u>

Le temps d'éducation est un temps pour se « reconstruire » et pour intégrer progressivement la dialyse et ses contraintes dans sa(es) vie(s). Le patient est au centre des soins qui sont personnalisés et lui sont adaptés. Les proches peuvent également participer et être impliqués dans le traitement. Il est possible pour eux de venir assister à une ou plusieurs séances de dialyse et discuter ou échanger avec l'équipe soignante. Cela peut permettre de « dédramatiser » la maladie et son traitement, vécu le plus souvent comme invasif et traumatisant (notamment pour les enfants pour lesquels l'imaginaire peut être angoissant).

Le patient comprend mieux son traitement, les complications de la maladie et du traitement ce qui peut permettre un dépistage plus précoce et un meilleur suivi.

Lors de la prise en charge en UAD et à domicile, il est plus facile de maintenir une activité professionnelle puisque le temps

de trajet vers le centre de dialyse est réduit ou absent et que les horaires de dialyse peuvent être adaptés.

Enfin sur le plan économique et financier, une séance en UAD ou à domicile revient moins cher qu'une séance en centre ou en UDM. Ce dernier aspect est loin d'être négligeable quand on sait que le

coût global de l'IRC représente actuellement entre 1 et 2% des dépenses de l'assurance-maladie pour 60000 patients traités en 2006...

Au total, l'hémodialyse est un traitement complexe, contraignant et répétitif qui induit pour le patient un état de dépendance par rapport à la machine de dialyse et à l'équipe soignante.

Date / IDE						
ASEPTIE HYGIENE	-Lavage des mains -Lavage FAV -Nettoyage générateur -Rangement petit matériel -Tri des déchets		En	COURS	EC	
Prise des Constantes et	-Pesée -Prise de la PA -Mesure du pouls		En cours : EC Acquis : A Non vu : NV			
report sur la feuille de dialvse	-Prise de la température					
Préparation du générateur	-Codification couleur -Détection du Diasteril -Mise en place de la cartouche BiBag -Montage du circuit -Phase de remplissage					
Programmation de la séance	-Perte de poids -Paramètres du dialysat					
Préparation du Plateau						

Extrait d'une grille d'évaluation utilisée par les IDE

L'éducation pour l'autodialyse ou l'hémodialyse à domicile quand elle est possible, permet au patient de devenir acteur et partie prenante de son traitement.

(1) : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, N° 37-38 / 2005 : 182-187

vie dw delf

FORMATION EN EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU DELF

AVEC LE SOUTIEN DE L'ALFEDIAM

A l'heure où l'éducation thérapeutique (ET) est devenue presque incontournable, où tous s'accordent à dire qu'elle est essentielle à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, où même la Haute Autorité de Santé va publier des recommandations, le DELF propose des formations sous forme de modules très pratiques dont l'objectif général est de permettre aux personnes qui s'inscrivent d'acquérir des compétences qu'ils pourront mettre en place dés le retour sur leur lieu de travail.

Ces modules sont indépendants les uns des autres, vous pouvez donc vous inscrire à un ou plusieurs modules selon les thématiques qui vous intéressent.

1. Le patient face à la maladie chronique	28 septembre 2007
2. Modèles de changement de comportement	18 octobre 2007
3. Entretien motivationnel	16 novembre 2007
4. Typologie des comportements	6 décembre 2007
5. L'adulte apprenant	17-18 janvier 2008
6. Diagnostic éducatif	24 janvier 2008
7. Conduite d'un entretien	14-15 février 2008

Pour les médecins (libéraux, hospitaliers, salariés), biologistes et pharmaciens des hôpitaux formation validante pour la FMC :

8 points par jour de formation

Pour tout renseignement complémentaire :

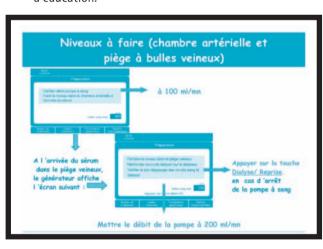
diabete-education.org

L'éducation comprend l'enseignement de protocoles de soins les plus précis possible pour garantir une sécurité maximale des manipulations (notamment à domicile). Notre rôle est également d'assurer un suivi et une cohérence de l'apprentissage et évaluer objectivement et régulièrement les acquisitions.

L'éducation est ambulatoire et a lieu en même temps que les séances d'hémodialyse (3 matinées par semaine). Elle est personnalisée. Le patient reçoit au cours des séances de dialyse des informations théoriques et une formation pratique pour la manipulation du matériel et l'apprentissage progressif des différentes étapes de la séance de dialyse.

L'équipe impliquée dans le service comprend:

- 4 IDE. Une IDE « référente » est attribuée à chaque patient. Celle-ci accompagne préférentiellement le patient tout au long de son éducation. C'est elle qui suit sa progression et adapte son enseignement à ses acquisitions. Elle est responsable également de la tenue du dossier d'éducation.



- un médecin néphrologue. Outre le suivi médical régulier et l'adaptation du traitement (paramètres de dialyse et traitement médicamenteux), son rôle est en particulier d'enseigner les notions théoriques et de participer à celui des conduites à tenir en cas d'urgence.
- des techniciens spécialisés en dialyse, dont un s'occupera de l'entretien du matériel à domicile pour les patients concernés et interviendra en cas de panne (technicien « référent »).
- une équipe d'installation à domicile

(pour l'équipement adéquat du domicile).

- des diététiciennes qui rencontrent réqulièrement le patient pour adapter l'alimentation au régime indispensable nécessité par l'IRC.

- un service social avec une assistante sociale qui accompagne le patient dans ses démarches administratives (notamment pour les patients souhaitant conserver une activité professionnelle).

- et un service pharmacie (qui se charge de la livraison du matériel à domicile et participe à l'enseignement de la ges-

tion du matériel pharmaceutique).

Les lieux de formation reproduisent les conditions du futur traitement. Le service comprend ainsi une salle d'éducation pour l'autodialyse où peuvent être traités 6 patients en même temps et 4 chambres seules pour l'éducation pour le domicile.

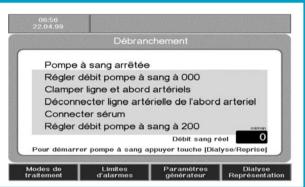
> Les générateurs utilisés pour l'éducation puis la suite du traitement sont spécialement équipés d'un logiciel appelé Didacticiel qui permet de donner au patient des messages d'information ou d'alerte pour chacune des étapes du traitement. Ce logiciel a été conçu entre 1998 et 1999 grâce à la collaboration de l'équipe d'éducation avec les industriels. Il permet un apprentissage facilité de certaines

étapes (« très techniques ») du traitement.

Les supports utilisés sont les suivants :

- le patient reçoit en début d'éducation un manuel contenant l'ensemble des protocoles détaillés, le détail des notions théoriques abordées ainsi que les conduites à tenir en cas d'alarmes ou de pannes. Ce manuel sert de base à l'éducation. Il est modifié périodiquement pour tenir compte des modifications techniques éventuelles mais également des remarques des patients.

Le patient traité à domicile recoit également un manuel d'utilisation de la mini-centrale distribué par le technicien



Exemple d'écran d'information d'un générateur équipé du Didacticiel

Pour l'éducation diététique, il existe des fiches adaptées distribuées au patient en fonction des besoins.

- L'équipe soignante suit la progression pratique du patient grâce à des grilles d'évaluation détaillant les différentes étapes du traitement. C'est l'IDE « référente » qui remplit ces grilles (ce qui permet une évaluation mais également une transmission de l'avancée de l'éducation).

Des QCM et questions courtes sont distribués régulièrement au patient pour évaluer l'acquisition notamment des notions plus théoriques (et donc y revenir si nécessaire).

La <u>durée de l'éducation</u> est très variable. Elle dépend de la facilité et de la rapidité d'assimilation mais (surtout) du besoin de réassurance des patients.

Entrent également en ligne de compte, les problèmes médicaux qui peuvent émailler cette période d'éducation et la rallonger et les impératifs techniques pour l'installation à domicile.

Il faut compter en moyenne entre 6 et 8 semaines pour une éducation pour l'UAD et entre 8 et 12 semaines pour une éducation pour le domicile.



••• suite page 4

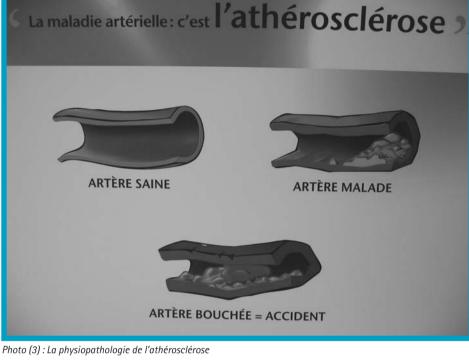
la notion de projection dans l'avenir, premiers pas dans le changement de comportement, première étape motivationnelle. Le formateur n'a pour mission en fin d'atelier que de recadrer le débat en précisant quels sont les facteurs de risques cardiovasculaires. En résumé, ce premier outil de photo langage permet une facilitation de l'expression, première étape à ce stade d'intervention.

Soulignons à ce stade l'importance des données plus théoriques qui nous ont été présentées le matin même dans la compréhension de l'intérêt de ce premier outil starter ainsi que la nécessité de nous avoir fait « plancher » en groupe sur l'outil pour mieux en saisir par la suite l'utilisation.

Le deuxième outil de cette séance collec-

tive n°1, le personnage mosaïque, a bénéficié de la même approche en sous-groupe de travail avec tentative d'élaboration d'un objectif pédagogique et d'un mode d'emploi. Nous nous sommes tous heurté à une compréhension plus que limite du mode d'utilisation de ce personnage (photo 2). En effet, quoi faire avec juste une carte de visage homme, l'autre femme, diverses possibilités de mode de vie, de profession, de loisirs? Le tout avec une notion de temps... 10 ans, 15 ans.... Comment utiliser cet outil ? Nous n'avions pas intégré la possibilité de l'afficher sur une feuille blanche et de l'enrichir en précisant les différents items intervenants dans son mode de vie. Plus précisément, le personnage mosaïque consiste en la création par le groupe d'un personnage composite, avec des particularités bien précisées (âge, sexe, poids, taille, antécédents, profession, mode de vie, loisirs, entourage, ...), l'objectif étant de faire préciser au groupe l'influence de son mode de vie sur ses facteurs de risques cardiovasculaires tout en projetant ce personnage dans l'avenir. Quel sera le devenir de ce personnage si aucune modification de son mode de vie n'intervient ? Quelles modifications pourrait-il entreprendre ? Cet outil a pour mission d'aider à la prise de conscience des facteurs de risque cardiovasculaires, de l'impact de l'environnement, des ressources disponibles pour modifier l'évolution. Une discussion peut s'animer autour du personnage, permettant aux patients de s'exprimer sur l'impact de la prise de poids, les habitudes alimentaires...grâce à ce décalage sur ce personnage fictif.

Lors de la présentation du personnage



mosaïque à notre propre groupe, nous avons pu assister à un atelier en direct, expérimenté sur nous, nous permettant de mieux cerner les différentes techniques utilisables de « reformulation », d'animation de séances de groupe, les messages clés venant en synthèse de fin de séance.

Le chevalet imagé, troisième outil de cette première séance collective, nous a rapidement été présenté : ce chevalet reprend simplement en images la physiopathologie de l'athérosclérose (photo 3). Il permet une conclusion de la séance de sensibilisation par cette courte synthèse explicative. Un fascicule est alors distribué au patient, récapitulatif de cette physiopathologie abordée au cours de cette séance collective

La matinée du deuxième jour est consacrée à l'abord de la première séance individuelle, que nous avons-nous même expérimenté en jeu de rôle par binôme. Le livret « habitudes de vie » ayant été préalablement distribué aux patients, l'entretien a pour but de clarifier le projet du patient. Lors de ce jeu de rôle, ont été abordées les astuces pour recentrer le patient, identifier pour lui ses facteurs de risques, rebondir sur ces propos, mettre en évidence ses envies, ses souhaits, ses propres objectifs. Le rôle du soignant étant d'Écouter-Aiguiller-Guider tout en priorisant le projet du patient et non pas un éventuel « projet-objectif facteurs de risques ». Il nous a très fortement

été conseillé de tenir compte des limites du patient et de ce qu'il n'a pas envie d'entreprendre afin de ne pas aborder en premier ses résistances

La loi des 4 R nous a été proposée comme aide à l'entretien individuel :

- Reformuler
- Repréciser
- Résumer
- Renforcer

L'objectif final reste l'amorçage du projet individuel en fin de séance individuelle.

La séance collective 2 a rapidement été abordée en sous-groupe de travail, les techniques d'animation étant comparables à celles décrites précédemment. Les cartes alimentaires et les chevalets activité physique et traitement permettent d'aborder ces différentes étapes de la prise en charge Les cartes alimentaires sont le support de transmission d'information sur l'équilibre alimentaire, les notions d'aliments conseillés et limités, pour aboutir à la notion d'aliments gras tout en abordant la notion de graisse animale et végétale. Le chevalet activité physique permet d'aborder une situation pratique grâce à l'interface du personnage extérieur dans le but



de basculer ensuite sur le patient, en gardant la notion d'activité physique par « petits objectifs ». Le chevalet sur l'observance permet, sur le même modèle de personnage extérieur, d'aborder des solutions pour que le patient n'oublie pas.

Cette deuxième séance collective se termine par une deuxième séance individuelle au cours de laquelle il nous est conseillé d'aborder la compréhension du bilan sanguin, l'objectif étant de clarifier et de valider le projet du patient.

Les séances collectives ultérieures n'ont pas été abordées, elles semblent cependant nécessaire à la consolidation.

Ce programme de formation PEGASE est tout à fait remarquable par sa qualité d'animation, sa transmission de compétences précises, utiles, claires, immédiatement utilisables par une équipe motivée même en l'absence de formation préalable en éducation thérapeutique. Chacun peut y puiser en fonction de ses nécessités et de ses compétences dans le domaine. Il est particulièrement intéressant de souligner l'enseignement et la transmission simultanés de l'outil et du concept sous-tendu permettant de le comprendre et de l'intégrer. Seuls bémols à ces deux jours si riches en enseignements, le peu de temps consacré à la prise en charge de l'exercice physique et l'absence de réflexion sur les méthodes de consolidations qui en général sont génératrices de difficultés les plus complexes à résoudre sur le long terme.

Le dernier après-midi a été consacré à une réflexion par sous-groupe sur les critères de réussite d'un programme éducatif. Nous avons tous constitué un cahier des charge présenté par la suite au reste du groupe concernant notre propre projet d'équipe. Ce cahier des charges devait impérativement comprendre 5 items indispensables à la réussite de ce type de projet :

- 1 compétences
- 2 Organisation: moyens humains, structures, CRH, documents...
- 3 Appui institutionnel
- 4 Communication
- 5 Évaluation.

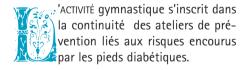
Cette formation PEGASE nous a donc permis d'acquérir des outils simples, agréables et adaptés à chaque étape du processus de sensibilisation du patient dyslipidémique. Les concepts sous-tendus par ces outils ont également été abordés et la fin de formation s'est très astucieusement terminée sur le « comment mettre en place PEGASE concrètement au sein de nos structures » avec un abord méthodologique rigoureux et réfléchi.



2

Gymnastique des pieds à la maison Doc de Saint Maur des Fossés

MONIQUE ANCILLON



Les diabétiques, soumis à une surveillance étroite de leurs pieds considèrent souvent cette démarche comme un contrainte de plus. La gymnastique des pieds donne l'occasion de porter un autre regard sur cette partie du corps et permet de découvrir qu'elle peut être source de plaisir et de bien être.

Comment se déroule une séance ? Elle débute par quelques mouvements légers de la tête et des épaules destinés à détendre le haut du corps. Puis les participants assis confortablement, réalisent un automassage des pieds avec des huiles essentielles dont les effluves parfumées répandent une ambiance agréable et douce.

La séance se poursuit par des mobilisations passives des chevilles, du médio pied et des orteils. Puis les exercices s'enchaînent, sollicitant muscles et articulations, alternant position assise ou debout : en appui sur pointes de pieds, talons, bord externe, interne....exercices de préhension d'objets par les orteils... mouvement de rotations des chevilles... etc.

La proprioception est sollicitée par des exercices d'équilibre en station unipodale alternée, avec des positions variées du membre relevé. Des mouvements mettant en jeu la coordination sont proposés. Ils consistent réaliser des déplacements de jambes synchronisés avec des mouvements de bras.

La balle de tennis est un accessoire apprécié. Le sujet, debout, fait rouler la balle en mouvements d'aller et retour sous toute la surface plantaire, en exerçant une pression

calculée qui écrase légèrement la balle. Le travail se fait sur un pied puis sur l'autre.

Cette stimulation génère un ressenti de légèreté et de détente.

La séance s'achève par quelques exercices respiratoires relaxants.

Bien entendu, au cours de ce moment privilégié accordé aux pieds, le patient en profite pour s'assurer de leur intégrité (recherche de lésions, d'ongles susceptibles de blesser, de crevasses, de fissures interdigitales)

Ce « réveil » des pieds est une préparation à d'autres activités physiques (la marche , par exemple).

Les usagers sont encouragés à pratiquer cette gymnastique des pieds régulièrement à la MAISON et à les répéter chez eux, pour en tirer le plus grand bénéfice!

••• suite page 10

L'accès au sang du patient est permis dans la grande majorité des cas par la ponction d'une fistule artério-veineuse (FAV). La FAV correspond à l'anastomose chirurgicale entre une artère et une veine au bras (au niveau du poignet en général). Le passage d'une partie du sang artériel à haut débit vers la veine va permettre à cette dernière de se dilater et de « s'artérialiser » et donc de pouvoir être ponctionnée de manière répétée à chaque séance.

Il existe un circuit sanguin véhiculant le sang à épurer vers l'hémodialyseur puis le ramenant vers le patient et le circuit du dialysat. Le dialysat est en effet fabriqué de façon extemporanée pendant la séance de dialyse à partir d'eau de ville traitée et de concentrés.

Le plus fréquemment, 3 séances de 4 h en moyenne sont réalisées par semaine mais certains patients sont hémodialysés en séances courtes (2 h 30 à 3 h) quotidiennes (6 jours sur 7) ou en séances longues (8 h) nocturnes.

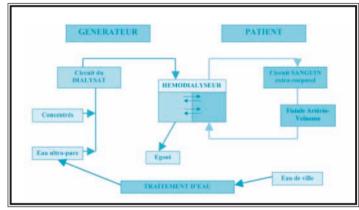


Schéma d'un circuit d'hémodialyse

Une séance de dialyse comporte les étapes suivantes :

- préparation de la machine de dialyse et du matériel utilisé
- prise des constantes (PA,FC et température) et lavage du bras de la FAV
- ponction de la FAV, branchement et mise en route de la circulation extracorporelle
- séance à proprement parlé (avec surveillance régulière des différents paramètres)-restitution du sang en fin de séance et débranchement
- prise des constantes après la séance
- rangement du matériel, nettoyage et mise en désinfection du générateur.

Les différentes alternatives de traitement de l'IRC :

Ces alternatives ont été précisées par les décrets du 23 septembre 2002.

L'hémodialyse peut se faire : en centre lourd (présence médicale permanente et plateau technique important), en unité de dialyse médicalisée (UDM), en unité d'autodialyse (UAD) ou à domicile.

Le choix de l'une ou l'autre des structures se fait en fonction de nombreux critères parmi lesquels : les pathologies associées à l'IRC (comorbidités), le choix du patient et de ses proches, les conditions familiales et professionnelles, l'autonomisation possible du patient, la proximité avec les structures de dialyse...

Le traitement en UAD et à domicile nécessite une participation du patient.

En effet les UAD sont des unités de petite taille et de proximité où une IDE libérale formée s'occupe de 6 patients au maximum en même temps. Ces patients sont plus ou

moins autonomes dans la gestion de leur traitement et collaborent avec l'IDE pour la réalisation de leur séance.

L'hémodialyse à domicile requiert un aménagement et un équipement du domicile avec l'installation d'un générateur et d'une minicentrale pour le trai-

tement de l'eau de ville. Le patient après éducation réalise les différentes étapes de son traitement et peut être totalement autonome (y compris pour la ponction de sa FAV). Un accompagnant familial ou extra-familial formé également, l'assiste pour certains gestes et assure une surveillance continue pendant la séance. Une IDE libérale peut compléter le dispositif et intervenir (si cela n'est pas assuré par le patient ou son accompagnant) pour la ponction de la FAV.

Prise en charge des patients incidents sur le territoire de santé de Montpellier :

Sur notre territoire de santé, les patients incidents sont pris en charge dans le secteur Orientation de l'A.I.D.E.R.

L' A.I.D.E.R est une association à but non lucratif, fondée en 1971 et dont la vocation est le développement de la dialyse à domicile et dans des unités de proximité en Languedoc-Roussillon. En 2006, 640 patients étaient traités au total dont 74 patients hémodialysés à domicile et plus de 240 patients traités dans des unités de proximité.

Dans le service Orientation, les patients sont informés ainsi que leurs proches sur les différents types de traitement et leurs modalités. Cette information se fait dans un espace spécialement aménagé, l'espace d'Information, au cours d'un ou de plusieurs entretiens avec un médecin néphrologue et une IDE.

Leur traitement est adapté et le suivi organisé puis ils sont transférés vers un centre lourd ou une UDM quand leur état clinique le justifie et quand ils ne sont pas en mesure d'être rendus autonomes ou vers le service Education quand ils acceptent et sont destinés à être traités dans une UAD ou à domicile.

Organisation de l'éducation du patient pour l'autodialyse et l'hémodialyse à domicile :

Les objectifs de l'éducation sont multiples. L'objectif principal est de rendre le patient le plus autonome possible dans la prise en charge de son traitement et en particulier dans la manipulation du générateur (formation pratique).

Le patient reçoit également une formation théorique sur les principes de la dialyse, les urgences en hémodialyse, les soins et la surveillance de la FAV, l'interprétation des bilans sanguins, le poids sec, le rôle des différents médicaments ...ll apprend également à adapter son alimentation et ses prises de liquides aux impératifs de la dialyse.



Chambre d'éducation pour le domicile



Pour une neuropathie associée, une prise de conscience de leurs troubles de la sensibilité est réalisée grâce à des dalles tactiles, voir le mono filament. Ces troubles augmentent le risque de blessures, les mesures de prévention seront plus rigou-

Quelque fois, il semble utile de montrer des photos sur l'évolution de petites blessures : ampoules, mycose, mal perforant plantaire. C'est un moyen de sensibilisation.

Le diabète de type 2 est très souvent associé à une obésité, les personnes ont des difficultés pour effectuer leur toilette et l'habillage, la proposition d'un enfile bas, l'aide de l'entourage peut être faite. La séance se termine par une hydratation des jambes et des pieds.

Le patient v trouve un effet relaxant qui contribue à le motiver et faire la même

Un récapitulatif sur les mesures à prendre est donné.

Les observations sont notées sur une feuille qui est mise dans le dossier pour un meilleur suivi.

Pour les patients ayant de gros problèmes de pieds, des photos sont prises et mise dans le dossier.

Le médecin transmet une copie au médecin traitant, voir le pédicure. Ce mode de prise en charge individuelle est très importante, les patients adhérants plus aux conseils dispensés ;ils sont plus à l'aise, parlent plus facilement de leurs difficultés. Les propos sont adaptés au comportement et aux besoins des patients.

Un suivi est proposé à la sortie.

Deux mois plus tard, un contact téléphonique est mis en place.

Depuis un an, des ateliers thérapeutiques sont organisés dans le service d'hospitalisation de semaine. Ils ont pour objectif de faire prendre conscience au patient des risques podologiques qu'ils encourent, de connaître le matériel à utiliser et celui qui est déconseillé. Des conseils pour les soins journaliers sont donnés. un document résumant les conseils est remis à la fin de



L'ÉDUCATION DU PATIENT POUR L'AUTODIALYSE ET L'HÉMODIALYSE À DOMICILE : L'EXPÉRIENCE DE L'A.I.D.E.R* MONTPELLIER

*Association pour l'Installation à Domicile des Epurations Rénales Nathalie Raynal

NVIRON 25 % des patients atteints de diabète sucré de type I et entre 5 à 10% de ceux atteints de diabète de type II développeront une insuffisance rénale chronique (IRC).

En raison de l'augmentation croissante de l'incidence du diabète de type II, la néphropathie diabétique est actuellement la cause d'IRC la plus répandue dans le monde.

Il y a actuellement près de 60 000 patients traités en France pour IRC au stade terminal: 35 000 traités par dialyse et 25 000 par transplantation rénale.

Parmi les patients dialysés, 17,1 % le sont en raison d'une néphropathie diabétique (avec des disparités régionales importantes : ce chiffre passe par exemple à 34,9 % dans les DOM) (1).

Quelques rappels physiologiques...:

Les reins normaux assurent 3 fonctions indispensables pour l'organisme :

- l'excrétion des déchets azotés provenant du catabolisme des protéines alimentaires,
- le maintien de l'équilibre hydro-électrolytique et :
- la sécrétion de certaines hormones (érythropoïétine, rénine intervenant dans la régulation de la pression artérielle et transformation de la vitamine D).

L'IRC est une altération progressive et irréversible de ces 3 fonctions.

Le traitement de l'IRC au stade terminal est la combinaison de 3 volets thérapeutiques complémentaires :

- un régime adapté (contrôle notamment des apports liquidiens et des apports en potassium et en phosphore)

- un traitement médicamenteux (érythropoïétine recombinante, carbonate de calcium, vitamine D, traitement anti-hypertenseur...)
- une technique d'épuration extrarénale (dialyse péritonéale ou hémodialyse) ou transplantation rénale.

Quel est le principe de l'hémodialyse ?

La dialyse est une méthode d'échanges entre 2 solutions (ici le sang chargé de déchets à épurer et le dialysat, solution de composition donnée) à travers une membrane semi-perméable (contenue dans l'hémodialyseur appelé aussi rein artificiel).

L'élimination des déchets se fait par diffusion (transfert passif) et celle de l'eau par convection active.



TESTÉ POUR YOUS

LES GUIDES PNNS TESTÉS POUR VOUS PAR LES DIÉTÉTICIENNES DE L'HÔPITAL CHARLES RICHET

".'Hôpital Charles Richet est un établissement gériatrique qui compte 24 lits de court séjour gériatrie 🚄 aiguë et soins palliatifs. 145 lits de soins de suite et réadaptation et 303 lits de soins de longue durée, soit une capacité d'accueil totale de 472 patients et résidents âgés en moyenne de 80 ans.

Trois guides ont été élaborés par les membres du groupe de travail «quide alimentaire du PNNS (Plan National Nutrition Santé) » mis en place par l'AFSSA (Agence Française de sécurité sanitaire des aliments):

- Le quide nutrition à partir de 55 ans « la santé en mangeant et en bou-
- Le quide nutrition pour les aidants des personnes âgées,
- Le livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé,

Suite à leur parution, nous avons eu la réflexion suivante :

« Comment mettre en pratique ces recommandations en institution?»

Le plaisir et l'équilibre alimentaire des sujets âgés sont notre priorité. Ces quides vont dans ce sens. Précisons cependant que celui destiné aux personnes de plus de 55 ans cible une population de jeunes seniors, très éloignée de la notre.

Tous les repères de consommation des quides reprennent les règles de base de l'alimentation équilibrée, suivies en institution. Il apparaît alors intéressant de réfléchir à leurs applications au quotidien auprès de patients/résidents présentant des modifications liées au vieillissement (problème de mastication, fatigabilité, troubles de la déglutition...).

Voici donc ce que nous mettons en place pour ces patients âgés afin de répondre aux recommandations du PNNS:

→ 5 fruits et légumes par jour :

- un potage fait maison, à base de légumes surgelés, est servi tous les

- un ius de fruits sans sucre aiouté (200 ml) est proposé chaque jour au moment du petit déieuner ou en collation:
- une entrée de crudité mixée, une fois par semaine pour le régime à texture moulinée ;

De façon à mieux répondre au guide il serait très intéressant de pouvoir proposer plus fréquemment des fruits frais et crudités mixés.

→ Pain, féculent à chaque repas :

Un féculent est présent, chaque jour, à tous

- Petit déjeuner : pain, biscottes, pain de mie, «bouillie » à base de farine céréalière, gâteaux...
- Déjeuner et Dîner : pour varier des céréales habituelles, les légumes secs sont présents au menu 1 fois toutes les 2 semaines. L'alimentation des personnes à texture moulinée pourrait être améliorée en introduisant des purées de pois cassés/ lentilles.

→ Lait, produit laitier :

Un produit laitier est proposé à chacun des repas principaux sous différentes formes notamment une boisson lactée ou un entremet au goûter.

Nous avons une production de desserts «maison », enrichis avec de la poudre de

Pour augmenter la variété des laitages, on pourrait envisager la préparation de «milk shake » (lait et fruits mixés), par exemple pour des patients en soins palliatifs (régime semi-liquide).

→ Viandes, Poissons et Oeufs :

Les viandes sont plus souvent en sauce pour faciliter la mastication et la déglutition.

Nous adaptons le régime mouliné avec des viandes hachées qui peuvent avoir une texture granuleuse et un aspect parfois peu appétissant. Néanmoins certains fournisseurs proposent des viandes hachées avec des textures intermédiaires et une présentation plus attrayante qui permettent une variante.

Pour respecter les habitudes et les coutumes des patients, nous proposons des plats kasher, menus sans porc, menus sans viande. Mais le manque de variété de ces menus spécifiques les rendent monotones. Le poisson et les ?ufs proposés chaque iour en choix fixe offrent une alternative.

Dans l'objectif d'harmoniser les pratiques au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), un «référentiel de la restauration et de la nutrition » est en cours d'élaboration. Celui-ci préconise des fréquences de consommation, notamment l'introduction des abats une fois par semaine.

→ Matières grasses :

On observe une proportion un peu trop élevée en matière grasse animale dans nos préparations culinaires. Mais ce n'est pas problématique car le cholestérol est protecteur à partir de 70 ans (précisé dans «le quide nutrition à partir de 55 ans »).

Pour les patients/ résidents en surpoids les graisses cachées présentes dans les fritures, les charcuteries... sont limitées au profit des fruits et légumes.

→ Produits sucrés :

La population âgée est sujette à une modification du goût et est à risque de dénutrition. C'est pourquoi les produits sucrés ont une place importante pour stimuler l'appétit. Synonyme de plaisir, le goût sucré reste parfois le seul perçu.

Nous avons mis en place une fréquence de deux pâtisseries par semaine, une viennoiserie le dimanche au petit déjeuner... De plus, le régime mouliné a été revu avec un choix plus large de laitages améliorés (crèmes desserts, liégeois, mousse de fruits...).

Nous veillons à ce qu'il n'y ait pas d'apport de produits sucrés en dehors des repas exceptés les jus de fruits et les sirops, indispensables pour stimuler les patients/résidents à boire et garantir une bonne hydratation.

Les patients diabétiques sont pris en charge avec des régimes le plus souvent élargis (régimes contrôlés en glucides avec ou sans saccharose). Sachant que ces régimes limitent exclusivement des aliments à fort index glycémique.

→ Boissons:

Les soignants veillent à ce que les patients/résidents aient une bonne hydratation tout au long de la journée (eau, sirop, jus de fruits, bière sans alcool, vin sur prescription médicale, café, thé, tisane, eau gazeuse, lait...). Lors de difficultés à la déglutition («fausses routes » aux liquides), nous leur proposons des eaux gélifiées (sucrées ou édulcorées), poudres épaississantes, des laitages, des compotes...

→ Sel:

A l'hôpital, l'apport sodé suit l'évolution générale de la consommation en sel de la population française, dans la mesure où nous utilisons de plus en plus de plats élaborés. Nous veillons à limiter les prescriptions de régimes restrictifs en sel car ils sont anorexigènes.

La présence d'assaisonnement sur les tables peut également garantir une bonne palatabilité.

→ Encourager le maintien d'une activité physique:

La rééducation des patients par l'équipe de kinésithérapeutes et les ateliers de gymnastique proposés par l'équipe d'animation aux résidents permettent l'entretien musculaire ainsi que le maintien de l'autonomie.

Pour conclure, il nous apparaît que la grande majorité des recommandations des différents quides nous semble applicable. En revanche, certains points le sont plus difficilement tels que :

- Fréquence des crudités :

- pour le régime à texture entière : il est difficile de réaliser des menus adaptés aux personnes âgées avec des crudités mais nous nous efforçons d'en proposer au moins une fois par jour
- pour le régime à texture moulinée : Les entrées mixées ne sont présentent qu'une fois par semaine. Elles ne sont pas forcément crues. La seule crudité quotidienne pour ce type de régime est représentée par le jus de fruit matinal. Cette collation, apportant vitamine C et fibres (avec la pulpe), ne convient cependant pas aux patients qui ont des troubles de la déglutition aux liquides (risque de fausse route)
- Personnels en cuisine : le manque de personnel en cuisine ne permet pas de réaliser des préparations mixées «maison ». comme par exemple des crudités mixées
- <u>Difficultés financières</u> : les choix des commandes est souvent en lien avec les prix du marché.

- Centrale d'achat : les fournisseurs de l'hôpital sont représenter par une centrale d'achat. Ce fonctionnement engendre une faible variété de produits surtout pour les menus festifs (exemple : pas de foie gras au marché pour Noël)

De plus les contraintes de l'institution (collectivité, normes d'hygiène...) nous conduisent à adapter nos pratiques.

Pour évaluer la satisfaction des patients et résidents, nous pratiquons des tests de goût des différents plats préparés. Précisons également que nous effectuons des enquêtes annuelles, qui constituent une source d'information capitale pour améliorer les repas et en faire des moments de vie privilégiés et appréciés par le plus grand nombre.

Le quide nutrition destiné aux aidants (qui ne sont pas nécessairement des professionnels de santé) nous paraît indispensable, car il permet d'informer sur les besoins des personnes âgées afin qu'elles puissent «vieillir au mieux » tout en favorisant le maintien au domicile le plus longtemps

Adeline ERGER, Nathalie FORQUIGNON, Sandrine GARCIA BAYLE, Hôpital Charles Richet, Villiers le Bel - AP-HP

Pour se procurer les guides PNNS sur le site de l'Inpes :

Le quide nutrition à partir de 55 ans : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp ?numfiche=932 Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées : http/www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp ?numfiche=941 Le livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des deux guides précédents : http/www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp ?numfiche=941

ENTRED 2007-2010 : nouvelle vague d'enquête auprès de 8500 patients diabétiques et de leurs médecins, avec un approfondissement de la question de la démarche éducative

Suite à la première enquête Entred (échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) réalisée en 2001-2003, une nouvelle vague d'enquête se déroulera entre 2007 et 2010.

L'enquête est pilotée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), en collaboration avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), le Régime social des indépendants (RSI), la Haute autorité de santé (HAS), l'Association française des diabétiques (AFD) et l'Association nationale de coordination des réseaux diabète (ANCRED)

Cette enquête par autoquestionnaires s'adresse à des personnes diabétiques traitées, tirées au sort en France métropolitaine, ainsi qu'à leur médecin (sur accord des personnes).

Elle portera à la fois :

- sur les données épidémiologiques concernant les caractéristiques et l'état de santé des personnes diabétiques et la qualité de la prise en charge
- sur la démarche éducative (développement d'un questionnaire pour les personnes diabétiques sur l'information, l'éducation et le soutien reçus ainsi que sur leurs besoins dans ce domaine ; et d'un questionnaire pour les médecins sur la démarche éducative qu'ils mettent en place et sur leurs besoins dans ce domaine);
- sur des aspects économiques (coût des soins), la description du parcours de soins (« médecin traitant », spécialistes, hôpital et paramédicaux) et l'évaluation de la réforme de l'affection de longue durée diabète.

Des informations sur cette enquête sont disponibles sur le site de l'Invs : www.invs.sante.fr/entred

Cécile Fournier

le le Théorie

EXPÉRIENCE DE PRISE EN CHARGE DES BLESSURES DU PIED DIABÉTIQUE DANS LE CADRE DU RÉSEAU LOIRESTDIAB (45) PAR UN AIDE SOIGNANT SPÉCIALISÉ-LIEN ENTRE LE PATIENT ET LES AUTRES INTERVENANTS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

J. MAREST, C. GILLET, A. CIOFU, N. HERNANDEZ, F. LAGARDE

A rencontre avec les personnes agées est un moment privilégié, un soignant s'occupe d'eux personnellement et régulièrement... au jour d'aujourd'hui, personne n'avait prêté attention à leurs pieds.

La prise en charge d'une centaine des résidents diabétiques des 5 maisons de retraite dépendantes de l'hôpital d'Amilly(45) est actuellement assurée dans le cadre du réseau Loirestdiab depuis 2001 par un aide soignant dont le rôle est essentiellement préventif, éducatif et parfois de soin (élimination de zone d'hyperkératose)

L'activité est partagée en 2 mi-temps :

- un premier en institution, dédié au résidents agés diabétiques,
- un deuxième hospitalier pour rencontrer les patients hospitalisés et/ou adhérents au réseau

En ce qui concerne l'activité en maison de retraite c'est un moment d'écoute et de visite très attendue par les résidants qui sont pris en charge individuellement dans leur chambre..

Un pédiluve est alors exécuté, les ongles sont coupés, les zones d'hyperkératose sont poncées ; le soin se termine par une hydratation des jambes et des pieds.

La moindre lésion est montrée, signalée à l'infirmière.

Chaque résidant reçoit une feuille concernant l'éducation des pieds.

Une fiche de suivi est remplie sur les soins pratiqués, l'évolution des lésions si elles existent mal perforant, mycoses.

Pour sensibiliser les familles, un courrier leur est adressé afin de les impliquer davantage dans la prévention.

Elles peuvent le rencontrer, assister à la séance

Le 2ème mi- temps est hospitalier et l'objectif est d'intervenir à la demande des médecins ou des infirmières dans les différents services du centre hospitalier pour les patients diabétiques ayant pour but des séances de prévention et de soins prodiqués lors de l'hospitalisation et d'orientation vers un pédicure, le diabétoloque ou le médecin traitant.

Les patients sont rencontrés individuellement. La séance dure environ 45 minutes. Cela permet de les sensibiliser aux problèmes que peuvent entraîner des blessures au niveau des pieds, de connaître leurs habitudes de vies ou leurs contraintes.

Ainsi le patient se sent en confiance grâce à une bonne observation et une écoute. On au passé souvent douloureux, (deuil mal vécu), au diabète lui-même ou au devenir socio professionnel, familial ect...

La différenciation des problèmes va permettre une éducation mieux ciblée, en fonction des habitudes de chacun. Pour une meilleure écoute, on doit disposer de temps nécessaire et c'est à ce prix que le message peut être entendu.

Après cette étape, l'examen des pieds com-

• Si les pieds sont en bon état général, les conseils d'hygiène sont donnés et ils sont sensibilisés sur les différentes mesures à prendre afin d'éviter les blessures.



Zone à risque d'ulcération



pression interdigitale

peut identifier plus facilement le stade d'acceptation de sa maladie et recueillir son vécu.

→ cela ne l'intéresse pas.

Il peut être :

- Craintif
- Réceptif ou non :
 - → Il n'a pas encore accepté le fait d'être diabétique et par conséquence toutes les complications qui peuvent en découler
 - → Il est trop préoccupé par d'autres problèmes personnels.

Il est important de pouvoir entendre sans porter de jugement toutes les préoccupations des patients. Elles peuvent être liées

- En présence de cors, de pieds déformés, une consultation chez le pédicure est proposée. Celui-ci proposera éventuellement la fabrication de semelles.
- Des soins sont pratiqués pour les zones d'hyperkératose, les ongles trop longs, peau sèche. Parfois à montrer aux personnes comment se laver et sécher les pieds.
- Le choix des chaussures est primordial. Dans ce but, une empreinte des pieds est réalisée avec du carton semi-rigide. pour vérifier si la chaussure est correcte, l'empreinte est glissée à l'intérieur

