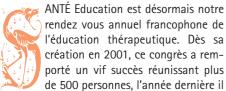
Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française —





a même atteint le record de 650 inscrits.

Ses participants sont des soignants de nombreuses professions (médecins, paramédicaux : infirmiers, diététiciennes, kinésithérapeutes, éducateurs médico sportifs, podologues, mais aussi psychologues, pédagogues, pharmaciens...) ainsi que des représentants des CRAM et CNAM...Cette richesse de participants d'horizons très différents en fait un lieu privilégié d'échanges et de débats.

Ce congrès est centré sur l'éducation thérapeutique du patient principalement dans le domaine du diabète mais aussi dans les autres maladies chroniques. Chaque année, ce congrès aborde un thème différent décliné sous différentes facettes et met à l'honneur des expériences dans d'autres pathologies.

Aujourd'hui, nous participons à la 8ème édition de « Santé éducation 2008 » consacrée à un sujet brulant de l'actualité: la place de l'éducation thérapeutique et de ses acteurs. Le conseil scientifique du congrès a souhaité aborder plusieurs thèmes pour répondre à des questions essentielles. Tout d'abord, essayer de positionner l'une par rapport à l'autre l'éducation thérapeutique du patient et l'éducation pour la santé par une analyse de leurs similitudes et leurs divergences. Puis essayer de décrire les particularités de ses acteurs : les intervenants de l'éducation thérapeutique doivent ils être des soignants ou non ? Quelles sont les limites de leurs interventions et en particulier, où se situe la frontière entre un éducateur et un psychothérapeute ? Quel type d'autonomie doit-on favoriser le développement chez le patient, doit-on faciliter sa propre gestion de sa maladie ? Que penser de l'empowerment?

Enfin à l'aube de la mise en place par la CNAM d'un programme à grande échelle d'accompa-

gnement téléphonique (plan construit puis décidé et budgétisé suite au rapport de IGAS sur les maladies chroniques), il est intéressant d'analyser les conclusions du disease management « à l'américaine » et de comprendre quels éventuels bénéfices on peut attendre de sa mise en place dans notre pays et ses inconvénients. L'appel téléphonique par des équipes qui ne suivent pas les patients et en parallèle de celles ci peut il être une alternative ou un complément efficace de la prise en charge de nos patients ? Quelle est l'évaluation prévue de ce projet ?

L'éducation thérapeutique est devenue une spécialité des soignants investis dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, elle devrait bénéficier désormais d'une véritable place, avec une reconnaissance en tant qu'acte de soin spécifique des maladies chroniques.

Malgré l'heure des économies, il est essentiel et avantageux de pouvoir continuer à développer nos actions éducatives dans de bonnes conditions tant en consultation singulière (soignant patient) que dans toutes les structures existantes multidisciplinaires, développées depuis de nombreuses années (hôpitaux généraux, universitaires, réseaux ...).

Tous ont contribué à son développement, à prouver son efficacité et son rôle essentiel dans la prise en charge et l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques ; tous les efforts mis en place par des soignants convaincus de leurs actions et motivés doivent être encouragés , plébiscités et désormais faire partie des recommandations officielles de prise en charge.

Des budgets devraient aujourd'hui enfin être attribués à ses acteurs pour qu'ils puissent continuer à travailler en toute sérénité, à mette en place des études pour développer l'évaluation de ses impacts : sur la qualité de vie de nos patients et leur motivation à gérer leur maladie, sur l'amélioration de la prise en charge de la maladie, ... tout cela soulignant son efficacité et ses intérêts multiples. Nos

patients sont habitués à une prise en charge de qualité et prétendent continuer à y accéder et c'est notre devoir de soignant de répondre à cette demande légitime.

Voilà, les thèmes choisis pour ce 8ème congrès devraient susciter de nombreuses questions et débats favorisant la réflexion de chacun d'entre nous sur les actions à mener pour continuer améliorer la prise en charge de nos patients.

Bon congrès, bons débats.

Ghislaine Hochberg Présidente du DELF

SOMMAIRE
<b>Éditorial :</b> P. 1 Gislhaine Hochberg
Éducateur ou psychothérapeute : ou se situe la frontière P. 2 A. Lasserre Moutet
Se reconstrire avec une maladie chronique: analyse critique de l'emowerment P. 6 Isabelle Aujoulat
Épidémiologie, coût et organisation des soins : P. 8 Gérard Réach
La démarche palliative, une approche clinique, éthique et organisationnelle : P. 12 Jean-Christophe Mino
les abstracts : P. 13

# Educateur ou Psychothérapeute: ou se situe la frontière?

A. LASSERRE MOUTET

SETMC, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

## LA FRONTIÈRE : LIEU DE SÉPARATION OU DE LIEN ?

ANS le langage courant, le terme « frontière » s'utilise pour évoquer la limite séparant deux Etats et par extension, la limite d'un territoire. La question posée ici est donc celle de la limite entre deux territoires, entre deux métiers, et de la nécessité de préciser les contours de chacun. D'un autre point de vue, la frontière sert aussi à relier deux territoires : s'il y a frontière c'est qu'il y a contact entre les deux territoires. Autrement dit, nous pourrions aussi penser la question de la frontière entre éducateur et psychothérapeute à partir de ce qui relie les deux métiers et pas seulement à partir de ce qui les sépare.

En 1939, Freud écrit : « Il y a très longtemps déjà, j'ai fait mien le mot plaisant qui veut qu'il y ait trois métiers impossibles ; éduquer, soigner et gouverner ». Qu'entend-il par là ? Selon différents auteurs, Freud souligne que dans ces trois métiers « impossibles » on peut d'emblée être sûr d'échouer : le résultat escompté n'est jamais obtenu. Aussi l'impossibilité serait-elle attachée à la finalité, à l'absence de réussite au regard des objectifs. Selon M. Cifali, les métiers de l'humain nous confrontent à cette non-finitude fondamentale qui place l'impuissance et la déception au commencement, presque comme conditions. Le travail éducatif et le travail psychothérapeutique auraient donc en commun de devoir quitter le champ de la logique du résultat pour celui de la logique des finalités.

Il est important de rappeler que cette question de la frontière entre éducateur et psychothérapeute est posée ici dans un contexte spécifique, celui de la prise en charge des personnes vivant avec une maladie chronique. Au centre de la pratique donc, le diabète. Les soignants se formant à l'éducation thérapeutique disent que le travail avec les malades chroniques fait évoluer le regard qu'ils portent sur leur rôle professionnel (Lasserre Moutet, 2007). Aussi cette question de la perméabilité des frontières entre différents métiers se pose-

t-elle assez rapidement pour ces soignants. En effet dès que le soignant-éducateur élargit son point de vue sur le patient et que celui-ci passe du statut de malade à celui de personne vivant avec une maladie avec son cortège de peurs, de croyances, d'espoirs aussi, le soignant-éducateur s'aventure dans une zone incertaine pour laquelle il ne se sent pas toujours formé et légitime. D'autre part, le développement des pratiques d'éducation thérapeutique dans le cadre du colloque singulier soignant-patient amène aussi cette question de la frontière ; lorsque les pratiques éducatives se déroulent essentiellement en groupe, le primat de l'enseignement est plus aisé à tenir. Dans le contexte de l'éducation en groupe, les stratégies et outils éducatifs sont en effet là pour structurer l'intervention autour d'objectifs souvent clarifiés au préalable. Enfin, cette question de la frontière entre éducateur et psychothérapeute montre que le soignant est souvent emprunté pour savoir quand et comment référer un patient à un psychothérapeute. Le postulat implicite ici est que le soignant peut exercer une fonction d'éducateur s'il s'est formé (dans le meilleur des cas) mais qu'il ne peut pas exercer une fonction de psychothérapeute.

## REVISITER LES TERMES « ÉDUCATEUR » ET « PSYCHOTHÉRAPEUTE »

Pour soutenir et approfondir mes réflexions, j'ai rencontré et interrogé huit personnes: deux médecins, deux infirmières, deux éducateurs et deux psychothérapeutes. Tous ont évoqué la nécessité de clarifier les termes d'éducateur et de psychothérapeute comme préalable. Dans leurs discours se dessinent deux figures de l'éducateur : l'Enseignant qui vise l'acquisition par la personne de connaissances et de compétences, et l'Accompagnant qui se joint à la personne sur son chemin et dans sa réalité quotidienne sur la durée. Il est intéressant de noter que la figure de l'Accompagnant est très fortement évoquée par les éducateurs issus du champ du travail social; certains médecins et infirmières formés à l'ETP se réfèrent également à cette figure-là de l'éducateur. Par contre les psychothérapeutes décrivent plutôt l'éducateur sous la forme de l'Enseignant, de même que certains autres soignants. Sur la base de ces quelques données évidemment à compléter, nous pourrions faire l'hypothèse que les psychothérapeutes, légitimés et reconnus dans un rôle d'accompagnant ne sont pas forcément enclins à reconnaître aux éducateurs une fonction d'accompagnement, et ce dans un contexte où la grande majorité des soignants-éducateurs s'identifie plutôt à la figure de l'Enseignant. Le dictionnaire nous apprend cependant que l'origine du mot « éduquer » est à trouver dans le verbe ducere, tirer à soi. Eduquer, c'est conduire vers, mener vers, avec une nuance au moins implicite d'extraction, en sortant de : ex-ducere. Comme l'ont exprimé certains de mes interlocuteurs, en particulier les éducateurs et les soignants formés à l'ETP, « est éducateur celui qui travaille à ce que l'être humain se réalise comme sujet c'est-à-dire devienne responsable » (J.-P. Resweber).

Il est intéressant de faire ici le lien entre ces deux figures de l'éducateur et les pratiques d'éducation thérapeutique telles qu'elles se développent dans le champ de la maladie chronique. La définition proposée par l'OMS en 1998 souligne que l'ETP « doit permettre aux malades d'acquérir et de maintenir des compétences qui leur permettent de gérer de manière optimale leur traitement afin d'arriver à un équilibre entre leur vie et leur maladie. C'est donc un processus continu, qui fait partie intégrante des soins médicaux. Centré sur le patient, ce processus comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage de l'auto-soin, le support psychosocial dans les différentes situations de prise en charge. Toutes ces stratégies sont liées à la maladie et au traitement. L'enseignement thérapeutique est conçu pour aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie ». Autrement dit, la définition contient certains ingrédients de la figure de l'Enseignant et certains ingrédients de la figure de l'Educateur;



il n'est donc pas étonnant qu'on retrouve dans les pratiques d'ETP un éventail extrêmement large de moyens et de finalités, allant de l'information sur la maladie au soutien à l'autodétermination du patient. A ce propos il est intéressant de rappeler que beaucoup de soignants invoquent l'autonomie du patient comme finalité à la démarche d'ETP. Ce faisant, réalisent-ils qu'ils se réfèrent à la figure de l'Accompagnant?

En ce qui concerne la définition du psychothérapeute, tous mes interlocuteurs rappellent qu'aller voir un psychothérapeute est avant tout une démarche personnelle effectuée par une personne qui a le projet de faire évoluer sa relation à elle-même et aux autres. Les psychothérapeutes soulignent qu'une des caractéristiques spécifiques du champ psychothérapeutique est la place de la souffrance, le projet du psychothérapeute étant d'aider le patient à transformer, voire à sortir de cette souffrance. Est signalée par les psychothérapeutes également la place fondamentale du processus d'identification du patient à son psychothérapeute. Les processus de transfert et de contre-transfert sont effet au cœur des démarches psychothérapeutiques; du coup « le risque de la relation » est mis en exergue par les psychothérapeutes, engagés totalement auprès du patient, et responsables de tenir le cadre sur le long terme. Etre psychothérapeute, c'est faire le chemin avec le patient ; c'est s'inscrire dans une temporalité qui intègre le temps du changement.

Pour certains soignants, la psychothérapie est un moyen qui permet à un moment donné du suivi avec un patient diabétique par exemple de travailler plus en « profondeur », sur un autre plan. On comprend qu'un besoin de psychothérapie peut naître dans le cadre d'un parcours d'éducation du patient. Le dictionnaire nous rappelle que le terme « psycho » renvoie aux « pensées, émotions et désirs, à la partie immatérielle de l'être ». Il est intéressant de noter aussi que toujours selon le dictionnaire, le terme « thérapeute », qui prend soin de, qui soique les maladies, se spécialiste dans un contexte psychologique et est aujourd'hui utilisé par ellipse pour son composé « psychothérapeute ». Enfin, certains soignants expérimentés dans le champ du suivi des malades chroniques reconnaissent ne pas se sentir compétents et pas légitimes dans ce rôle de psychothérapeute vis-à-vis des autres (manque de certification) et vis-àvis d'eux-mêmes (manque de connaissances de soi, d'expertise, d'expérience et de supervision) tout en reconnaissant qu'il leur arrive régulièrement de recueillir dans le cadre de leurs consultations des témoignages à forte consonance psychologique.

On peut retenir de cette brève exploration des représentations des termes « éducateur » et « psychothérapeute » qu'ils se distinguent sur de nombreux points : le cadre, les processus d'identification réciproque, la place de la souffrance, la gestion des émotions, les formations, la finalité, etc. Par contre, l'ambiguïté du terme éducateur signifiant pour certains « Enseignant » et pour d'autres « Accompagnant » nous invite à revenir sur la question de la frontière. Je propose de considérer que lorsque les soignants-éducateurs se vivent comme des enseignants, nous sommes effectivement en présence d'une frontière qui sépare ; mais lorsque les soignants-éducateurs intègrent dans la vision de leur métier la fonction d'accompagnement, alors ce moyen-là devient le lieu d'une frontière qui relie car il devient commun à l'éducateur et au psychothérapeute.

## « Qu'EST-CE QUE LES GENS ATTENDENT DE NOUS, MÉDECINS, PERSONNES SOIGNANTES ? »

C'est D.W Winnicott qui pose cette question dans un article de 1970. Et cette question me semble particulièrement pertinente à poser dans le contexte du suivi des personnes vivant avec une maladie chronique. Qu'attendent ces personnes de leur médecin, des personnes soignantes ? Qu'elles les guérissent ? Qu'elles leur prescrivent les traitements ? Qu'elles les soignent? Qu'elles les aident à se comprendre ? Qu'elles les accompagnent dans leur expérience de vivre avec une maladie chronique ? Winnicott rappelle que le mot anglais cure, qui signifie à la fois soins, cure, traitement et guérison avait à l'origine le sens de care, c'est-à-dire soin, intérêt, attention et n'a pris qu'ensuite le sens de traitement médical, puis de guérison. Le rôle des soignants, et en particulier des médecins n'est pas le même dans les deux cas. « Dans le premier cas {care} le médecin est un travailleur social qui pêche, en quelque sorte, dans les mêmes eaux que le prêtre ou le pasteur. Dans l'autre cas {cure}, le médecin est un technicien, aussi

bien quand il fait le diagnostic que quand il traite la maladie » (Winnicott, 1988). On peut ici rapprocher la figure du « médecin travailleur social » et celle de l'Educateur-Accompagnant évoquée précédemment. L'activité de ce professionnel est d'accompagner la personne dans ce qu'elle a à vivre au quotidien et dans la durée puisque dans notre domaine la maladie est chronique. Et l'on retrouve ici l'une des raisons pour lesquelles les pionniers de l'ETP ont autant insisté sur le fait que l'éducation du patient faisait partie du soin. C'était assurément une manière de redonner aux professions médicales une finalité de soin ; c'était également une manière d'inscrire l'approche éducative dans la durée. Mais le care et ses finalités de soin ont été évacués par la médecine scientifique. Du coup, le cure a rétréci le champ d'action du médecin au diagnostic et au traitement des maladies. Sauf que dans le champ des maladies chroniques, nous savons depuis longtemps que le retentissement de la maladie sur la vie de la personne dans la durée est la matière première du travail du soignant (Lacroix et Assal, 2003). Aussi, pour être congruentes avec la réalité vécue par les patients, les approches éducatives devraient-elles elles aussi s'inscrire dans la durée. D'autres travaux montrent qu'il n'y a d'ailleurs pas de corrélation directe entre la gravité de la maladie et la souffrance subjective ressentie par le patient et que l'adhésion du patient au traitement dépend surtout du partage avec le médecin de la compréhension du trouble somatique et du poids de la souffrance subjective (Sensky et Catalan, 1992). Ces éléments tendraient à montrer que le modèle du care correspondrait davantage à ce que les patients vivant avec une maladie chronique attendent de nous, médecins et personnes soignantes.

La relecture du modèle de l'empowerment proposée par I. Aujoulat va dans le même sens. Elle met en effet en évidence l'importance pour la personne porteuse d'une maladie chronique de retrouver un sentiment de cohérence, de reprendre une forme de contrôle sur sa vie après avoir vécu un effondrement sécuritaire et identitaire à l'occasion de la survenue de la maladie. Il s'agit donc de traverser un processus de deuil, celui de la santé antérieure, et de mettre en place les conditions du changement.



Le modèle proposé par A. Lacroix est très utile pour distinguer le deuil normal du deuil pathologique. Elle rappelle que le deuil est une réaction normale à la perte et qu'il s'écoule sur un temps incompressible. La perte comme événement vient inscrire une discontinuité dans l'histoire individuelle et familiale. Il s'agira donc pour la personne d'intégrer dans sa vie l'expérience de l'aléatoire et de la finitude. Elle souligne aussi qu'une des spécificités de la perte de la santé est que la maladie est souvent évolutive, ce qui implique que l'adaptation n'a jamais fini de se faire. La trajectoire du deuil normal fait vivre à la personne des états émotionnels très intenses : colère, révolte, grande tristesse. A. Lacroix attire notre attention sur « la capacité dépressive », cette particularité spécifiquement humaine qui consiste à entrer en contact avec ses émotions, à les reconnaître et à les exprimer. Re-trouver sa capacité dépressive protège la personne de la dépression. Aussi, accéder à sa capacité dépressive permet à la personne de contacter les ressources internes nécessaires pour intégrer la perte. La capacité dépressive diffère de la dépression clinique où le psychisme est figé; si le deuil réussi mène à l'intégration de la perte, le deuil pathologique conduit vers une amputation du moi du sujet. Enfin, les deux trajectoires du deuil proposées par A. Lacroix indiquent deux possibilités extrêmes. Souvent, les personnes oscillent entre les deux, rendant l'accompagnement du processus encore plus important. Les personnes vivant avec des maladies chroniques traversent des états émotionnels le plus souvent normaux. Ils ont alors besoin d'être entendus et accueillis dans leur souffrance subjective. Le centre de la pratique médicale se déplace alors de la maladie, à « vivre avec la maladie ».

Se basant sur des entretiens de patients, I. Aujoulat rappelle qu' « un enjeu majeur dans la relation de soins est de permettre à une personne de devenir le sujet de sa santé, non pas de demeurer un objet de soins ... et que le transfert de savoirs et de savoirs-faire n'est qu'un aspect de la relation éducative». Autrement dit, elle fait elle aussi le distinguo entre les deux figures de l'éducateur précédemment évoquées. Et elle poursuit en soutenant que l'empowerment du patient est facilité par une caring relationship. Je fais le choix de garder cette expression en anglais car elle renforce ainsi mieux mon propos précédent. Qu'est-ce qu'une caring relationship? « Une relation continue et engagée qui facilite la

réflexion, l'expression des émotions, des préférences, des peurs, des buts personnels, etc. La finalité du soin ici est de soutenir la réconciliation de l'identité » (Aujoulat, 2007). Ce travail est-il celui du soignant, de l'éducateur ou du psychothérapeute ?

## DANS QUELLES SITUATIONS RÉFÉRER UN PATIENT À UN PSYCHOTHÉRAPEUTE?

Si l'on admet que les soignants travaillant avec des personnes vivant avec des maladies chroniques sont amenés à repousser les limites de leur territoire, en l'occurrence en faisant une place dans leurs consultations aux dimensions psychologiques et émotionnelles (mais aussi sociales), il n'en demeure pas moins nécessaire de préciser les situations dans lesquelles il est légitime pour un soignant - même éducateur! - de référer son patient à un psychothérapeute.

Voici, regroupées par thème, les situations évoquées par mes interlocuteurs :

- je ne sais plus quoi faire, le processus d'apprentissage est bloqué pour des raisons qui m'échappent, je me sens impuissant;
- je n'en peux plus, je ne me sens plus disponible pour faire face à la situation;
- je ne me sens pas compétent pour comprendre les problèmes psychologiques;
- le patient et moi n'arrivons pas à nous entendre sur les buts et les moyens à notre disposition;
- je constate que mon travail cesse d'être orienté vers le soin de la personne entière et la dimension technique prend le dessus;
- je me sens « embarqué » dans un type d'interaction et j'ai de la difficulté à trouver la juste distance ;
- en cas de deuil pathologique, c'est-àdire dans le cas d'une situation générale figée, bloquée, en cas de dépression avérée.

Mes interlocuteurs évoquent principalement des situations qui renvoient non pas au patient et à son état psychologique, mais essentiellement au soignant et à ses propres besoins et limites. En d'autres termes, ils proposent que le critère fondamental pour savoir quand référer un patient à un psychothérapeute soit le confort du soignant. Ils n'hésitent d'ailleurs pas à dire au patient qu'ils ont eux-mêmes besoin d'un conseil ou d'un soutien du psychiatre ou du

psychothérapeute pour mieux travailler. Autrement dit, la frontière entre éducateur et psychothérapeute serait éminemment subjective, et dépendrait de manière importante des finalités que chacun donne à sa pratique. Ceci étant dit, certains de mes interlocuteurs relèvent aussi le risque de ne pas référer le patient assez tôt. Ils invitent donc les soignants à se donner les moyens d'avoir toujours un regard extérieur sur leur pratique, de manière à pouvoir rendre des comptes mais aussi être quidé dans des situations particulièrement difficiles et éprouvantes. Une compétence fondamentale alors du soignant-éducateur serait qu'il soit capable de reconnaître et de partager ses incertitudes sur son travail avec les patients de manière à mieux identifier ses propres besoins en matière d'accompagnement et de soutien.

Nous souhaitons rappeler ici que dès qu'une psychologue a rejoint l'équipe éducative du Prof. J.-P. Assal à Genève, elle s'est mise à la disposition avant tout des soignants. Ces derniers ont donc depuis toujours différents moments de partage avec la psychologue autour de leurs difficultés dans l'accompagnement des personnes vivant avec le diabète d'abord et avec l'excès de poids dans les années qui ont suivi. Ceci a permis de développer différents types d'accompagnement du patient : un suivi par le soignant-éducateur avec supervision de la psychologue, des consultations conjointes soignant-éducateur psychothérapeute pour aider le soignant à mieux comprendre son patient ; des suivis par les deux professionnels avec des rôles clairement définis. Autrement dit, la présence de la psychologue dans l'équipe a toujours permis aux soignants de se former « sur le terrain » au vécu de la maladie.

Enfin, les soignants savent bien qu'adresser une personne vivant avec une maladie chronique à un psychothérapeute est un travail en soi. La majorité des patients n'expriment pas de demande de psychothérapie au sens d'aspirer à faire évoluer leur relation à eux-mêmes et aux autres. Ils espèrent des traitements qui leur permettent de revenir à l'état antérieur ou ils cherchent des gens disposés à les accompagner sur le chemin. Le soignant-éducateur, lorsqu'il est dépositaire de l'expérience physique, sociale, et émotionnelle du patient, est le mieux à même de construire avec le patient le projet d'une psychothérapie.

Souvent, les psychothérapeutes ont plus de disponibilités pour accompagner, cet accompagnement étant à la fois le moyen et la finalité de leur travail. Mais la condition de réussite d'un tel projet est qu'il ait du sens pour le patient et soit parlé et construit dans le cadre du suivi. Ainsi, cette question de la frontière entre éducateur et psychothérapeute est aussi une question éthique, c'est-à-dire qui renvoie aux valeurs, aux jugements sur ce qui est bien et mal, aux règles qui dictent la conduite, en un mot aux finalités : « En définitive, l'enjeu éthique fondamental de la médecine contemporaine est la place qu'elle reconnaît ou dénie à la parole » (Malherbe,

# POUR CONCLURE PROVISOIREMENT ...

Cette question du lieu de la frontière entre éducateur et psychothérapeute nous a amené à rappeler que le centre de la pratique médicale dans le champ de la chronicité se déplace de la maladie au « vivre avec la maladie ». Elle nous a également permis de réinterroger la pertinence des modèles de soin du care et du cure en regard des besoins des personnes vivant avec une maladie chronique. Aujourd'hui, le courant des éthiques de la sollicitude (éthiques du care) cherche à revaloriser le modèle du care, non sans difficultés. Les valeurs actuelles de nos sociétés, centrées sur la productivité, la diminution des coûts, la réussite et l'attente de résultats à court terme constituent en effet une résistance puissante à cette transformation potentielle des valeurs. Car, « prendre la mesure de l'importance du care pour la vie humaine suppose de reconnaître que la dépendance et la vulnérabilité sont des traits de la condition de tout un chacun (...) » (Paperman et Laugier 2006). Le champ de la maladie chronique, où l'on rencontre des personnes éprouvées par leur condition de malades et d'autres qui s'engagent pour les accompagner entre recherche d'efficacité et incertitude, pourrait être pionnier dans la remise en valeur du soin.

Aussi le soignant ne peut-il faire l'économie de s'interroger et de clarifier les finalités de son travail et par là-même les figures auxquelles il s'identifie le plus : Enseignant, Accompagnant, Expert, Partenaire de soins, etc. Ce travail de clarification lui permettra ensuite de créer un espace où les attentes de chacun – patient et soignant – pourront être partagées, où les représentations de rôles et les projections sur les finalités pourront être interrogées.

La boutade de Freud à propos des métiers impossibles mérite ici d'être rappelée car elle souligne bien la tension qu'il y a à pratiquer le soin ou l'enseignement : entre attente souvent déçue de résultats et investissement au quotidien dans la relation, l'exigence qui pèse sur les professionnels est très lourde. Et M. Cifali de nous rappeler que « c'est peut-être parce que la définition de l'échec et de la réussite dans l'enseignement et les soins est si incertaine que l'on y voit se développer une véritable obsession de l'évaluation ».

Dans les faits, le soignant travaillant avec des personnes vivant avec une maladie chronique, ex spécialiste de la maladie, ressemble de plus en plus à un professionnel aux interventions pointues qui peine à faire connaître et reconnaître sa discipline et les multiples branches qui la composent. C'est pourquoi il est peut-être question pour le soignant de se définir comme un clinicien travaillant au cas par cas, en faveur du patient qui lui est confié (Stern, 2007). Entre rationalité et incertitude, entre technique et relation, entre un 'rien n'est impossible' qui signe notre toute-puissance et un 'rien n'est possible' qui signe notre impuissance, reste vraisemblablement un espace pour le clinicien. Un espace pour comprendre et devenir un point d'appui pour le patient qui anticipe positivement ce que ce dernier peut devenir (Fedida,

Pour terminer, je laisse S. Bouyer nous présenter sa métaphore de l'éducateur ; elle est la même que celle utilisée un jour par un psychothérapeute pour me parler de sa pratique; elle ne me paraît pas non plus étrangère à la pratique du soignant dans le monde de la chronicité : « On peut comparer l'éducateur à un marin embarqué sur le même bateau qu'un passager. Dans les routes où les entraînent les différents moments éducatifs, avec leurs écueils, leurs courants contraires ou leurs vents favorables, l'éducateur-marin, à la barre, ne maintient pas une direction rigide 'contre vents et marées', sous prétexte que ses connaissances lui assurent que c'est la bonne voie ; il risquerait alors de couler, en entraînant son passager dans le naufrage.

Ses références lui servent de sextant pour faire le point, pour reconnaître où en est le bateau-éducation, ou de boussole pour pressentir la direction qu'il convient le mieux de prendre. » (Bouyer, 1999)

#### Références

AUJOULAT I. et all, « Patient empowerment in theory and practice : Polysemy or cacophony ? » in Patient Education and Counselling, 66 (2007) 13-20

 $BOUYER S, \\ \text{``Eduquer: (d'où) cela mène-t-il ?'` } Le Portique, \\ N^{\circ} 4-1999-Eduquer: \\ \text{un métier impossible ?, [en ligne] } Le Portique, \\ \text{``Lorent and } Le Portique, \\ \text{``Lorent$ 

CARASSO F., « L'enseignement et les soins : deux professions impossibles, in Revue Esprit, octobre 1993

CIFALI M., « Métier impossible » ? Une boutade inépuisable, Le Portique, N° 4 – 1999 – Eduquer : un métier impossible ?, [en ligne] FEDIDA P., Des bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie, Odile Jacob, Paris, 2001

FREUD S., « Analyse terminée et analyse interminable », in Revue française de psychanalyse, t. XI, n° 1, 1939, p. 33

LACROIX A., ASSAL J.-P., L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. 2e édition, Vigot Maloine, Paris, 2003
LASSERRE MOUTET A et all, « Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient,
Pédagogie Médicale [sous presse]

MALHERBE J.-F., Pour une éthique de la médecine, Artel - Fides, Montréal, 1997

PAPERMAN P, LAUGIER S, « L'éthique de la sollicitude », in Sciences Humaines, n° 177, décembre 2006

RESWEBER J.-P. « Les paradoxes de l'éducation » Le Portique, N° 4 – 1999 – Eduquer : un métier impossible ?, [en ligne]

SENSKY T, CATALAN J, « Asking patients about their treatment: Why their answers should not always be taken at face value », in BMJ 1992;305:1109-1110.

STERN E, « De l'éducateur spécialisé à l'éducateur social, un petit détour par la clinique éducative », in Actualité sociale, Avenir Social, n° 11, bimestriel, novembre-décembre 2007

WINNICOTT D.W., « Cure » in Conversations ordinaires, Gallimard, Paris, 1988

# **SE RECONSTRUIRE AVEC UNE MALADIE CHRONIQUE :**ANALYSE CRITIQUE DE L'EMPOWERMENT

### ISABELLE AUJOULAT

Unité d'éducation pour la santé et d'éducation du patient RESO Université Catholique de Louvain, Bruxelles

E plus se reconnaître" ou "ne plus être reconnu(e)", "ne plus s'appartenir", "ne plus être le même"... sont des expressions que l'on entend fréquemment de la part des personnes qui souffrent d'une maladie chronique. De telles expressions nous révèlent que la maladie est perçue comme aliénante par les patients au sens propre du terme. De fait, celui qui est confronté à la maladie se trouve confronté au douloureux défi de devoir devenir "Autrement le même", comme le suggère Bensaïd [1978], "autrement" référant aux changements rendus nécessaires par la maladie ; "le même" référant à la nécessité vitale pour un individu d'avoir un sentiment de cohésion et de continuité quant à la perception de ce qu'il

Un enjeu majeur de l'éducation dans la relation de soins est de permettre à une personne de reconstruire ou de maintenir son sentiment d'indentité, en étant le sujet de sa santé, et non pas un objet des soins (Lecorps, 2001). C'est tout le sens de l'empowerment, qui désigne le processus par lequel une personne parvient à mobiliser et développer des ressources personnelles pour agir dans le cadre d'une situation qui, initialement, dépasse ses ressources et sa capacité de faire face (powerlessness). La plupart des définitions de l'empowerment mettent l'accent sur la notion de contrôle ou de maîtrise comme finalité du processus d'empowerment (Aujoulat, D'Hoore, & Deccache, 2007). Or, trouver des ressources en soi pour vivre et se construire avec sa maladie ne signifie pas nécessairement que l'on parvient à maîtriser parfaitement une situation qui auparavant était hors de contrôle. Au contraire, le processus d'adaptation psychosociale à la maladie se fait à mesure que les limites imposées par la maladie sont intégrées et acceptées par la personne comme faisant partie de sa vie, sans que sa vie ne lui apparaisse pour autant dénuée de sens et de saveur.

Les résultats de notre recherche sur l'exploration de la signification de l'empowerment dans un contexte de maladie chronique (Aujoulat, 2007) montrent qu'il existe un contraste entre l'empow e r m e n t c o m m e concept, qui est souvent

décrit dans la littérature comme un processus de prise de contrôle assorti d'objectifs éducatifs tels que le renforcement du sentiment d'auto-efficacité par rapport à des comportements qui ne sont pas nécessairement auto-déterminés, c'est-à-dire choisis par la personne concernée, et d'autre part, l'empowerment comme expérience de vie, qui n'est pas orienté vers l'agir (comportements) mais vers l'être, et qui suppose l'acceptation d'une perte de contrôle.

Alors que dans la littérature, les finalités de l'empowerment sont liées essentiellement à la capacité de participation dans la relation de soins et à un sentiment de maîtrise quant à l'adoption et au maintien de comportements d'auto-soins (Aujoulat, D'Hoore, & Deccache, 2007), l'analyse des entretiens que nous avons réalisés auprès d'un échantillon de 40 personnes atteintes de différentes maladies chroniques montre que les situations ou sentiments d'impuissance à partir desquels un processus d'empowerment est susceptible d'émerger dépassent largement ces questions (Aujoulat, Luminet, & Deccache, 2007). En effet, indépendamment du type de maladie, toutes les personnes interrogées ont exprimé être ou avoir été confrontées à des sentiments d'insécurité et de rupture d'identité, qui ont été (ou non) à l'origine d'un processus de transformation personnelle, au cours duquel un effort de dissociation identitaire visant à développer ou maintenir un sentiment de maîtrise était accompagné d'un travail de réconciliation identitaire, marqué par la capacité de "lâcher prise" et une recherche de sens, visant à acquérir un plus grand sentiment de cohérence (Aujoulat, Marcolongo, Bonadiman, & Deccache, 2007).

La confrontation de la littérature et des résultats d'entretiens révèle que le processus d'empowerment est inséparable d'un processus d'auto-détermination, et qu'il se

Si on considère l'homme dans son intégralité, le progrès scientifiquement planifié et maîtrisable n'est qu'un aspect d'un processus qui connaît beaucoup d'erreurs, de détours et de surprises. (W. Lesch, 2005)

manifeste dans trois dimensions, qui sont en interaction :

- (i) l'empowerment « comportemental », qui se traduit généralement par la mise en œuvre de certains comportements et un sentiment de maîtrise à l'égard de ces comportements mais aussi par la capacité de « lâcher prise », c'est-à-dire de reconnaître et d'accepter les aspects de la vie et/ou de la maladie qui ne sont pas contrôlables. L'empowerment comportemental passe nécessairement un processus d'autodétermination de ses propres objectifs de santé.
- (ii) l'empowerment « relationnel », qui se traduit généralement par une plus grande capacité de négociation et de participation dans la relation de soins. L'empowerment relationnel est favorisé par un sentiment de sécurité, qui passe par l'existence d'un réseau social soutenant (y compris les soignants) et la capacité de faire des choix auto-déterminés,
- (iii) l'empowerment « identitaire », qui se traduit par l'expression d'un changement de certaines valeurs et priorités, de même que par une plus grande capacité d'auto-détermination. L'empowerment identitaire passe par un processus de recherche personnelle de sens, visant à conférer à l'individu un sentiment de cohérence.

A l'heure actuelle, la plupart des échelles qui disent vouloir mesurer l'empowerment du patient (ex. Anderson et al., 2000) réduisent en réalité l'empowerment du patient à sa dimension la plus visible, qui est celle des comportements de santé. Plus particulièrement, les outils existants mesurent généralement le sentiment de maîtrise d'une personne par rapport à des compor-



<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> asthme, diabète, fibromyalgie, insuffisance cardiaque, lupus érythémateux, lymphome, mucoviscidose, myélome, polyglobulie primitive, poliomyélite, psoriasis, sclérodermie, sclérose en plaques, sida, syndrome de Job

tements qui ne sont pas nécessairement déterminés par la personne elle-même. Compte-tenu de ce qui précède, un outil qui aurait pour objectif d'aider les soignants à réfléchir au sens de leurs actions lorsqu'ils accompagnent le processus d'empowerment des patients devrait explorer au moins l'ensemble des dimensions suivantes :

- la conscience de soi et des déterminants d'une situation « aliénante » (cf. Freire, 1972)
- le niveau d'auto-détermination du patient par rapport à ses objectifs de santé et dans le cadre de la relation de soins (cf. Deci & Ryan, 2000)
- le sentiment d'auto-efficacité par rapport à des objectifs auto-déterminés (cf. Bandura, 1977)
- le sentiment de sécurité (cf. Aujoulat, 2007), notamment à travers l'exploration de la perception du soutien social (cf. Walger, 2007), en particulier de la part des soignants
- un sentiment général de cohérence dans la vie (cf. Antonovsky, 1996)
- les éventuels changements de valeurs et de priorités, qui sont un indicateur de la mobilisation effective de ressources intrapsychiques (cf. Fischer et Tarquinio, 2002) dans le cadre du processus de reconstruction identitaire
- la capacité de lâcher prise (cf. Aujoulat, 2007), c'est-à-dire la capacité de reconnaître et d'accepter qu'un certain nombre de choses sont hors de contrôle de l'individu.

Dans le cadre d'une authentique relation éducative, tant le patient que le soignant se trouvent engagés dans un processus de transformation mutuelle, la plus grande transformation consistant peut-être pour le soignant aussi à... apprendre à lâcher prise justement! En effet, le rôle du soiqnant à l'égard de l'empowerment du patient est d'être un facilitateur, qui accompagne un processus dont il n'est pas le maître et dont le point d'arrivée ne peut pas être prédéfini. Les critères d'empowerment que nous énonçons à titre indicatif, sont à comprendre comme les éléments d'une grille de lecture et comme des points de départ possibles pour un dialogue entre soignants et patients.

Dans une perspective d'empowerment, ces dimensions ne devraient jamais être explorées sans que les personnes concernées –les patients– ne soient associées à la définition des objectifs d'évaluation et à l'interprétation de la signification des résultats.

En effet, toute démarche d'évaluation est susceptible de réduire la personne malade au rang d'objet, alors même qu'on affiche parfois la volonté de contribuer à l'empowerment de cette personne. Par ailleurs, les résultats obtenus dans le cadre d'une démarche d'évaluation conduite dans une perspective d'empowerment ne devraient pas être utilisés pour comparer des niveaux d'empowerment entre plusieurs personnes mais uniquement pour permettre aux patients et aux soignants de constater et discuter ensemble les progrès éventuelle-

ment réalisés dans l'une ou l'autre dimension de l'empowerment, qui ne doivent d'ailleurs pas nécessairement être toutes explorées au même moment. Les soignants et les patients devraient s'autoriser à avancer « pas à pas », dans l'une ou l'autre dimension qui correspond à leur capacité et à leurs priorités du moment et aussi, à proposer, voire « inventer », des objectifs éducatifs et des indicateurs originaux d'empowerment, qui leur semblent les plus appropriés pour la situation particulière qui est en jeu.

#### Brigitte et Jacqueline

#### Extrait de :

Aujoulat, I., Crispin, B. Du patient objet des soins au patient sujet de sa santé... dialogue autour des enjeux de l'éducation. Perspective Soignante N° 30- déc.2007, pp.70-92

Brigitte (infirmière stomathérapeute): Jacqueline, 28 ans, a une iléostomie pour une maladie inflammatoire. Elle se sent revivre depuis qu'on lui a enlevé le colon; elle n'est plus malade... Elle veut reprendre toutes ses activités d'enseignante, et même celle qui l'oblige à se déshabiller dans un vestiaire collectif avec ses élèves pour aller à la piscine. Elle m'explique qu'il faut trouver une solution pour que les élèves ne sachent pas qu'elle a une poche. Je lui propose de faire des séances d'habillage et de déshabillage dans la cabine de consultation. Avec un long tee-shirt, après plusieurs essais, nous y arrivons. Plusieurs semaines plus tard, elle appelle pour me dire que ça marche; que personne n'a rien vu!

Isabelle (chercheur): Votre exemple illustre parfaitement, non seulement ce qu'on entend par auto-détermination de ses objectifs par le patient, mais aussi ce qu'on entend par une « médecine centrée sur le patient ». En effet, vous avez su être à l'écoute de ce qui était prioritaire pour cette patiente au moment de la consultation, et vous l'avez traduit en objectif éducatif, en lui proposant de s'exercer devant vous à s'habiller et se déshabiller sans que sa poche ne se voie. Ce n'est qu'à la suite de cela que vous avez poursuivi l'éducation sur les autres aspects que vous aviez prévu d'aborder. Cette dame n'aurait certainement pas eu la même capacité d'apprentissage par la suite sur les aspects plus techniques de son traitement, si vous n'aviez pas d'abord répondu à sa demande! Cet exemple m'impressionne beaucoup et je le cite régulièrement pour souligner combien les soignants qui pratiquent l'éducation du patient ont un rôle à jouer pour aider la personne malade à se réconcilier avec son image de soi et à continuer d'assumer les rôles sociaux qui lui tiennent à cœur. Vous démontrez parfaitement que cela fait aussi partie du rôle de soignant dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient et que l'on n'est pas, dans ce cas précis, en train de faire de la psychologie clinique par exemple! En effet, l'éducation du patient ne saurait en aucun cas se résumer à une éducation à la gestion d'une maladie et de son traitement. C'est ignorer tout ce qui se joue en amont, et en particulier l'importance de la motivation dans l'adoption des comportements d'auto-gestion de sa maladie!

#### Références bibliographiques

Anderson, R.M., Funnel, M.M., Fitzgerald, J.T., Marrero, D.G. (2000). The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self efficacy. Diabetes Care, 23: 739-43

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide heath promotion.

Health Promotion International, 11(1), 11-18

Aujoulat I. (2007). L'empowerment des patients atteints de maladie chronique.

Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire.

Thèse de doctorat non publiée. Université Catholique de Louvain, Ecole de santé publique,
Unité d'éducation pour la santé RESO, Bruxelles (téléchargeable sur le site http://edoc.bib.ucl.ac.be/ucl/)

Aujoulat, I., D'Hoore, W., & Deccache A. (2007) A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? A review. Patient Education and Counseling, 66(1), 13–20

Aujoulat, I., Luminet, O., & Deccache, A. (2007). The perspective of patients on their experience of powerlessness.

Qualitative Health Research, 17(6), 772–785

Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L., Deccache, A. (2007).

Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of bodily control and self-efficacy (in press)

Bandura A. (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215

Bensaïd N. (1978). Autrement le même. In: Fresco, N. (ed). Norbert Bensaïd

Un médecin dans son temps. 1995, Paris: Seuil

Fischer G.N., Tarquinio C. (2002) L'expérience de la maladie : ressources psychiques et changement de valeurs. In Fischer, G.N. (Ed). Traité de Psychologie de la Santé (pp. 301-319). Paris: Dunod.

Freire P. (1972). Pedagogy of the Oppressed, Harmondsworth: Penguin.

Lecorps, Ph. (2001). Le patient comme "sujet". In: Sandrin-Berthon B. (ouvrage collectif). L'éducation du patient au secours de la médecine (pp. 61-67). Paris: PUF

Lesch W. (2005). La discontinuité du progrès humain. Revue Louvain – Alumni et Amis de l'UCL, n° 159, 24-27

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2002). An overview of self-determination theory. In: Deci, E.L.; Ryan, R.M. (Eds). Handbook of self-determination research (pp. 3-36). The University of Rochester Press

O. Walger. (2007). Elaboration et première validation d'un outil quantitatif permettant d'investiguer l'empowerment en lien avec le soutien social, chez les personnes souffrant de diabète. Mémoire de master en cours (non publié)

# **E**PIDÉMIOLOGIE, COÛTS ET ORGANISATION DES SOINS LE MALADE, SON MÉDECIN, ET LE *DISEASE MANAGER*

## GÉRARD REACH

SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE ET MALADIES MÉTABOLIQUES, HÔPITAL AVICENNE APHP, ET EA 3412, CRNH-IDF, UNIVERSITÉ PARIS 13, BOBIGNY, FRANCE

Correspondance : Gérard Reach - Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques, Hôpital Avicenne APHP 125 route de Stalingrad - 93000 Bobigny, France - Téléphone : 01 48 95 51 58 - Télécopie : 01 48 95 55 60 gerard.reach@avc.aphp.fr

N article publié au printemps 2007, analysant la nécessité, pour notre pays, de « répondre à un enjeu majeur, celui des malaes chroniques », constatant « que notre

dies chroniques », constatant « que notre système de santé et les conditions de travail des médecins ne sont pas bien adaptés à la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques », a suggéré « que des programmes spécifiques de disease management inspirés de ceux existant aux Etats Unis, devraient être expérimentés.» On entend par là « des programmes conduits parallèlement à la prise en charge 'traditionnelle' des médecins, étant destinés à compléter celle-ci, et non à s'y substituer. Ils sont mis en œuvre essentiellement via des centrales téléphoniques et consistent à apporter des informations aux patients, à contribuer à leur éducation thérapeutique, à accompagner et à stimuler les patients, ainsi qu'à contribuer à l'organisation de leur prise en charge.»1 Dans un autre article publié par le même groupe, il est précisé que « les disease managers sont pour l'essentiel (90 %) des infirmières. Leur métier suppose une maîtrise des connaissances cliniques relatives aux pathologies prises en charge mais aussi des capacités d'écoute et de dialogue, et une aptitude à développer des relations d'empathie avec leurs patients. Leurs interventions s'appuient sur les recommandations de bonne pratique relatives à la pathologie considérée. Les entreprises [de disease management] mettent à leur disposition des logiciels ergonomiques qui, à partir de ces recommandations et des données recueillies à propos des patients, les aident à organiser l'entretien (points à traiter, définitions des priorités d'action...). La supervision des programmes est le plus souvent assurée par un médecin (medical director).» Un appel téléphonique type (voir Encadré) dure en général une vingtaine de minutes<sup>2</sup>.

Quelques mois après ces publications, une expérimentation de *disease management* va effectivement être mise en place en France : le but de ce texte est de réfléchir sur cette solution proposée pour répondre au défi de la prise en charge des maladies chroniques, en se demandant si elle constitue une réponse appropriée et sans danger à la question posée.

## LA QUESTION POSÉE

On ne peut qu'adhérer au constat qui a été à l'origine du désir d'améliorer la prise en charge du diabète de type 2. Comment ne pas être préoccupé par le décalage qui existe entre la situation réelle et les objectifs qui ont été fixés depuis des années, par exemple en termes de niveau d'HbA1c considéré comme souhaitable pour éviter les complications de la maladie ? Ces résultats insuffisants peuvent avoir schématiquement trois explications :

- 1) les traitements sont insuffisamment efficaces.
- 2) Les traitements prescrits ne sont pas correctement suivis par les patients, ce que l'on peut décrire sous le terme générique de non-observance thérapeutique. Ainsi, améliorer l'observance thérapeutique non seulement rendrait plus efficace la thérapeutique mais, de plus, diminuerait son coût tout simplement en évitant le gaspillage.
- 3) Les traitements sont insuffisamment prescrits par les médecins : cette troisième explication, reconnue plus récemment, a été décrite sous le terme d'inertie clinique<sup>3</sup>.

Elle concerne non seulement les prescriptions de médicaments ou les recommandations concernant les mesures hygiéno-diététiques, mais aussi la prescription des examens de surveillance trimestriels et annuels. C'est visiblement aux deux dernières explications des échecs relatifs des traitements des maladies chroniques, citées plus haut, que s'adresse la démarche conduisant à mettre en œuvre en France le disease management.

# DEUX DIFFICULTÉS ÉTHIQUES DU DISEASE MANAGEMENT

Il est intéressant de noter que le concept d'observance est apparu dans la réflexion médicale au milieu des années 1970. Or, au même moment, on a vu l'émergence d'un autre concept, celui de l'autonomie du patient qui, en France, a pris force de loi, avec la Loi du 4 Mars 2002, reconnaissant au patient le droit de ne pas être observant et de refuser un acte ou un traitement. La non-observance peut donc être considérée comme l'expression d'un conflit entre un principe de bienfaisance qui dicte au médecin de tout faire pour le bien de son patient, et un autre principe qui lui demande de respecter son autonomie . Dans ce contexte, la mise en place du disease management pourrait présenter deux problèmes éthiques qui sont bien analysés dans les deux textes cités<sup>1,2</sup>.

Il faut d'abord considérer le mode de recrutement et de recueil du consentement des patients: « bien évidemment, il serait possible de soutenir que le disease management n'est pas assimilable à un 'acte ou un traitement'. Il s'en rapproche suffisamment, toutefois, pour que l'on s'interroge sur les modalités du consentement.»<sup>2</sup> La modalité utilisée par les Allemands, passant par le médecin qui recueille un consentement présumé éclairé, ne paraît pas souhaitable, parce qu'une « modalité de recrutement qui fait dépendre la mise en œuvre des programmes du bon vouloir des médecins risque de peser sur son efficacité.»<sup>2</sup> Il semble donc préférable, selon l'expérience américaine, de favoriser la démarche de disease management qui recrute les patients sur un mode qui « semble le plus efficace, reposant sur la constitution de fichiers nominatifs d'assurés atteints d'une pathologie, assurés qui seront ensuite inclus



dans le programme à partir d'un consentement présumé. »² Pour les auteurs, un texte législatif est donc ici nécessaire, en particulier pour « préciser les garanties que les organismes de *disease management* doivent présenter vis-à-vis des bénéficiaires de leur intervention, non seulement lors du recrutement mais également tout au long du déroulement du programme .»²

Dans le même article, les auteurs discutent une deuxième difficulté éthique : « même s'il est 'bienveillant', ou d'ailleurs parce qu'il est 'bienveillant', et peut s'autoriser de cette 'bienveillance', l'intervenant peut être conduit à imposer ce qu'il considère être l'attitude correcte vis-à-vis de la maladie et à priver le patient d'une réelle capacité de décision.»<sup>2</sup>

Le Disease Management saura-t-il se prémunir contre ce danger? De fait, comme le soulignent à juste titre les auteurs, « changer le comportement des patients est une tâche ardue, nécessitant du savoir-faire et une attention particulière»<sup>1</sup>, et c'est tout l'art de l'éducation thérapeutique que d'éviter ce piège : d'abord, on indique au patient les faits (phase d'information); ensuite on l'aide, si nécessaire, à préciser ses préférences (phase d'interprétation) ; seulement alors, le soignant lui indique ses propres préférences (phase de délibération). L'éducation thérapeutique peut ainsi être vue comme un cheminement permettant de conseiller au mieux le patient tout en évitant le piège du paternalisme, caractérisé par l'absence d'explication des choix médicaux. Grâce à l'éducation thérapeu-tique, le patient devient acteur de son traitement.

Par conséquent, pour y échapper, les intervenants des call centers devront réussir, dans ces appels téléphoniques censés durer une vingtaine de minutes, un tour de force consistant à donner de réelles explications, en passant par ce cheminement éthique. On ne peut qu'espérer aussi qu'ils auront une formation qui ne porte pas que sur la forme, la technique de l'entretien, mais bien sur le fond, l'intégration des explications dans un véritable raisonnement médical, et qu'ils réussiront à donner des arguments qui s'intègrent, de manière profonde et pas seulement superficielle, dans les arguments des patients (ce qui pourra être difficile puisqu'ils ne les auront jamais vus - nous reviendrons sur cette difficulté), enfin qu'ils veilleront à vérifier que ces arguments ont été bien compris. Le danger, sinon, serait que certains de ces suivis téléphoniques ne se résument qu'à des semblants de discussion, sans doute

sympathiques. L'assistance à l'observance qu'ils étaient censés assurer risquerait de conduire au retour d'un paternalisme dont l'effacement avait représenté une évolution médicale majeure.

# ANALYSE DE CETTE DIFFICULTÉ ÉTHIQUE DU DISEASE MANAGEMENT

Il est habituel de voir la non-observance thérapeutique comme un conflit entre le patient et son médecin. Ce conflit est exprimé dans la définition même de la non-observance thérapeutique, « l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales ». Or le phénomène peut être observé d'un autre point de vue : bien souvent, le patient luimême sait qu'il devrait se soigner, il ne se soigne pas, et d'ailleurs il regrette ce qu'il qualifie parfois de faiblesse de sa volonté : que voulez vous, c'est plus fort que moi<sup>5</sup>.

D'une manière générale, nos actions sont causées par des états mentaux parmi lesquels on peut distinguer des connaissances, des compétences, des croyances, des émotions, des désirs, ainsi que des sensations comme par exemple une douleur, ou une sensation de plaisir. Certains philosophes, dans les années 1970-1980, au moment même où émergeaient les concepts d'observance, d'éducation thérapeutique et d'autonomie, ont proposé qu'il existe de plus une hiérarchie dans nos états mentaux : nous avons des désirs dits de second ordre, des désirs concernant nos désirs, ce qui sous-entend l'existence d'une activité réflexive de l'esprit.

Celle-ci est à la base des notions de personne et d'autonomie : ainsi, pour Harry Frankfurt, c'est l'existence d'une telle activité réflexive de l'esprit qui permet de définir le concept même de personne<sup>6</sup>; pour Gerald Dworkin, le concept d'activité réflexive de l'esprit définit l'autonomie : la personne est autonome si elle a et si elle met en pratique une capacité mentale de second ordre, qui consiste à évaluer de manière critique ses préférences et ses désirs de premier ordre. De plus cette capacité implique le fait d'accepter ou d'essayer de changer ses préférences, ses désirs et ses souhaits, en accord avec ses préférences et ses valeurs d'ordre supérieur. En quelque sorte, l'autonomie ne s'oppose pas à l'éducation thérapeutique : au contraire, c'est parce que la personne est autonome que l'éducation thérapeutique est possible.

Il pourrait donc être critiquable d'un point de vue éthique, pour ne pas dire philosophique, de décider de manière universelle d'améliorer l'observance sans se pencher au préalable sur les raisons du patient, dont l'existence fait qu'il est une personne autonome. Si la mise en œuvre d'une technique de disease management n'est pas précédée par une analyse du mécanisme de la non-observance ou de la non-persistance de ce patient là, de cette personne, selon la définition qui a été esquissée cidessus, on peut craindre qu'une technique universelle et impersonnelle (des appels téléphoniques), soit sera appliquée à des gens qui n'en ont pas besoin, soit risquera d'être inefficace chez les autres, ou même, chez certains patients qui ne demandent rien, d'avoir un effet contre-productif (pensons à ces appels exaspérants que nous recevons chez nous en général le samedi soir pour nous proposer de prendre un abonnement à tel ou tel bouquet de chaînes de télévision).

Au fond, si elle ne s'adressait pas aux raisons des gens (leurs états mentaux) mais visait simplement à améliorer leurs comportements dans un but normatif, une telle solution risquerait de ne représenter qu'une approche purement behavioriste (ne parle-t-on pas de « stimuler » les patients) confondant éducation thérapeutique et dressage. Il devient donc important de veiller à ce que le terme même de « disease management » n'implique pas sa propre condamnation éthique, s'il ne s'agissait que d'un concept visant au meilleur management des diseases, décrit dans des « logiciels ergonomiques mis à la disposition des intervenants », concept dans lequel, de manière paradoxale, les personnes malades auraient disparu du processus de soin.

# DISEASE MANAGEMENT ET LA NOTION DE SOIN : QUI SOIGNE ?

On a vu que la mise en œuvre du disease management est réalisée par des paramédicaux, laissant aux médecins la gestion des situations aiguës : « une organisation en équipe est nécessaire avec un clair partage du travail où le médecin intervient principalement dans les épisodes aigus et où les membres de l'équipe assurent le suivi du malade.»<sup>1</sup>



Ceci peut paraître surprenant si on pense que le modèle s'applique en principe à la gestion des maladies chroniques, dont le diabète est le parfait exemple : le problème n'est pas tant la gestion de problèmes aigus, mais de traiter suffisamment bien de manière chronique les patients pour éviter la survenue de complications aiguës ou chroniques. On peut donc se demander si on n'assiste pas alors à la genèse d'un deuxième paradoxe : non seulement les personnes-patients semblaient disparaître de ce modèle, mais les médecins n'y auraient pas non plus leur place.

On doit s'interroger ici sur la signification du mot soin, du verbe soigner, to care en anglais<sup>8</sup>. To care, c'est avoir le souci de quelque chose ou de quelqu'un. Or, pour le philosophe Harry Frankfurt, avoir le souci de quelque chose ou de quelqu'un, c'est lui accorder de l'importance, mais c'est aussi avoir le souci de son avenir<sup>9</sup>. En d'autres termes, contrairement à ce que semble prétendre le Chronic Care Model dont s'inspire le Disease Management, qui confie au médecin surtout la gestion des événements aigus, le métier de médecin, ou, si l'on veut, sa responsabilité, implique l'accompagnement chronique du patient.

Et c'est aussi ici que, à nouveau, on peut voir le risque d'une dérive dans des approches qui reposeraient sur l'intervention de call centers, si elle était faite de manière dissociée de l'action des soignants, voire « en parallèle » avec elle. Personne ne niera le professionnalisme des personnels (c'est délibérément que le terme de « personnes » n'est pas utilisé) qui seront impliqués. Mais ces personnels, qui ne l'auront jamais vu, pourront-ils avoir réellement le souci du patient, en tant que personne ? Et, en retour, le patient, qui ne les auront non plus jamais vus, pourra-t-il leur accorder sa confiance? Nous avons montré ailleurs comment la confiance est la clef de voute de l'observance<sup>10</sup>. En particulier, elle est essentielle lorsqu'il s'agit pour le patient d'acquérir de nouvelles croyances qu'il puisse utiliser comme une raison d'être observant. Or, parmi les facteurs qui déterminent la confiance que le patient a en son médecin, on trouve l'appréciation de la compétence (le soin mis dans l'évaluation de la situation et la qualité des traitements prescrits), mais aussi la capacité de comprendre la singularité de l'expérience du patient, la clarté de la communication, la capacité de construire un véritable partenariat et de manifester du respect. Une étude a essayé de hiérarchiser l'importance

des déterminants de la confiance : on y retrouve l'importance de la qualité de la communication, dans ses deux aspects, verbaux, mais aussi non verbaux. Comment ces derniers aspects seront-ils pris en compte dans un contact téléphonique ?

# DISEASE MANAGEMENT ET/OU ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : UNE OCCASION MANQUÉE ?

Comme l'ont bien montré André Grimaldi et Serge Halimi dans leur commentaire sur le disease management<sup>11</sup>, le nœud du problème est en fait au niveau de la question « disease management et/ou éducation thérapeutique » (le « et/ou » étant important). Il faut rappeler ici le début de la définition de l'éducation thérapeutique qu'en a donnée l'OMS : « Aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer aussi bien que possible leur vie avec une maladie chronique. Il s'agit d'une partie intégrante et continue des soins». Partie intégrante des soins : toute dissociation représenterait un pur non-sens.

En fait, il y a précisément ici, nous semblet-il, le danger principal du disease management. Nous avons noté dans l'introduction de ce texte que l'échec relatif de notre prise en charge des maladies chroniques est lié en partie à deux phénomènes : la non-observance des patients, l'inertie clinique des médecins. Or l'approche retenue, pour lutter contre la première, a recours à une solution externe, parallèle, semblant laisser de côté les médecins, et on peut se demander si cela ne revient pas à considérer que ces derniers sont irrécupérables, en somme incapables d'intervenir si besoin auprès de leurs patients pour essayer d'améliorer leur observance ; on ne leur confiera donc même pas le recrutement des patients pour participer à la solution du disease management, car compter sur leur « bon vouloir » risquerait de peser sur l'efficacité du recrutement. Et concernant l'inertie clinique des médecins eux-mêmes, on espère lutter contre elle en passant par les patients, ce qui est clairement exprimé : « l'ambition des programmes de disease management est de modifier les comportements des patients et non celui des praticiens, sachant que les interventions auprès des patients peuvent avoir un effet en retour sur le comportement des praticiens confrontés à des patients mieux formés et plus compliants.»<sup>2</sup>

Il nous semble que la technique du coaching prendrait au contraire toute sa place si elle était intégrée dans le projet de soin élaboré, pour un patient donné, par l'équipe soignante qui a la responsabilité de sa santé ; dans ce cadre, l'équipe soignante pourrait effectivement faire appel à des sociétés spécialisées dans ces techniques de communication, et proposerait ce service au patient dans le cadre de la relation thérapeutique qu'il a établie avec lui. Le coaching pourrait alors devenir un levier remarquable pour poursuivre, maintenir, voire renforcer une éducation thérapeutique qui aura nécessairement eu lieu d'abord dans le cadre d'un face à face entre le soigné et le soignant, de manière individuelle ou en groupe. Le fait de mettre en place la technique du coaching « en parallèle » avec l'activité médicale ne représente-t-il pas une occasion manquée ?

Ne faudrait-il pas au contraire attaquer de front le problème de la prise en charge des maladies chroniques en essayant de lutter contre le phénomène d'inertie clinique ? On a montré que celle-ci n'est pas due à une méconnaissance des recommandations ou au manque de temps des praticiens, peutêtre trop souvent incriminé, mais bien plutôt au manque de formation des praticiens au principe de la titration des traitements et à l'éducation thérapeutique elle-même³, notamment en ce qui concerne les recommandations sur les règles hygiéno-diététiques¹².

La promotion de l'éducation thérapeutique auprès des praticiens pourrait donc représenter une autre solution, pédagogique, au problème de la prise en charge des maladies chroniques. Et cela, le politique peut le faire d'abord en introduisant dans les études de médecine la notion que le futur médecin ne fera pas que traiter des maladies et soulager des symptômes (des diseases !), mais que la pratique médicale consiste d'abord en la rencontre avec une personne qui a une maladie<sup>13</sup>. Surtout, en valorisant l'acte d'éducation thérapeutique, par exemple en favorisant le développement du concept de forfaits de prise en charge des maladies chroniques incluant un accès à des systèmes d'éducation thérapeutique organisés par les professionnels de santé eux-mêmes, comme l'ont proposé dans leur commentaire André Grimaldi et Serge Halimi<sup>11</sup>.



C'est dans cette double condition, de formation à la pratique d'une médecine globale et pas seulement biomédicale d'une part, et de valorisation de l'activité d'éducation thérapeutique intégrée dans sa prise en charge des maladies chroniques d'autre part, que le médecin, et singulièrement le médecin généraliste, aura le temps de pratiquer cette partie intégrante des soins qu'est l'éducation thérapeutique. Il aura ainsi la possibilité de participer à la véritable révolution que vit actuellement la pratique médicale, au lieu d'en être finalement dépossédé.

De même que, grâce à l'éducation thérapeutique, le patient devient acteur de son traitement, améliorant éventuellement son observance, le médecin serait acteur dans la lutte contre l'inertie clinique. C'est toute la différence entre patient et agent, que décrit Descartes dans les premières lignes de son traité Des passions de l'âme : le patient est celui à qui les événements arrivent, l'agent celui par qui les événements arrivent. Cette distinction s'applique tout aussi bien au médecin qu'au malade.

# CONCLUSION : LE MALADE, SON MÉDECIN, ET LE DISEASE MANAGER

Michael Balint, dans son célèbre livre, Le médecin, son malade et la maladie, avait proposé de décrire la relation thérapeutique comme une « compagnie d'investissement mutuel » entre le malade et son médecin. Il semble que la compagnie va bientôt s'enrichir de nouveaux partenaires. Ceci conduit à la question posée en guise de conclusion de l'un des articles analysés : « l'introduction du disease management en France est elle une réforme que l'on peut faire avec les médecins ? Ce sera d'autant plus délicat qu'elle exige des médecins qu'ils acceptent, tout en restant les maîtres de la stratégie thérapeutique, de partager

la relation quasi-exclusive qu'ils entretiennent aujourd'hui avec leur malade.»<sup>2</sup>

On pourrait objecter que les médecins ont depuis longtemps compris que le traitement du diabète est une affaire d'équipe impliquant avec les médecins généralistes, les spécialistes (diabétologues et autres spécialistes), des paramédicaux (infirmières, diététiciennes, psychologues, podoloques, éducateurs), les associations de patients eux-mêmes, les pharmaciens, et que la relation médecin-malade n'est donc pas « quasi-exclusive » et qu'elle est déjà largement partagée. Et pourtant, une certaine exclusivité dans cette relation est peut-être justifiée. On aimerait rappeler ici l'éditorial fameux de Franz Ingelfinger, publié à titre posthume dans le New England Journal Medicine dont il avait été un éminent Editeur-en-chef. L'angoisse qu'il éprouvait alors qu'il ne savait que décider pour le traitement de son propre cancer a pris fin lors qu'un de ses amis lui a dit: What you need is a doctor.

#### Un appel téléphonique type

Introduction, plaisanteries (2 minutes)
Discussion sur le statut clinique, passage en revue des différents éléments (3 minutes)
Discussion sur les médicaments (3 minutes)
Passage en revue d'une problématique propre à la personne (5 minutes)
Poser des objectifs de soins, éduquer (5 minutes)
Programmer un nouvel appel et saluer (2 minutes)

Tiré de la référence (2)

http://www.ameli.fr/fileadmin/user\_upload/documents/Disease\_management1.pdf

#### Références

- 1) Duhamel G, Grass E, Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles perspectives pour la France, Médecine des Maladies Métaboliques 2007 ; 1: 88-92
- 2) Bras P-L, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management, Pratique et Organisation des Soins 2006 ; 37 : 341-356, et http://www.ameli.fr/fileadmin/user\_upload/documents/Disease\_management1.pdf
- 3) Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia, Ann Intern Med 2001; 135: 825-834
- 4) Reach G, Editorial, La non-observance thérapeutique, révélatrice d'un conflit entre deux principes éthiques, Sang, Thromboses, Vaisseaux 2006; 18:481-484
  - 5) Reach G, Pourquoi se soigne-t-on, enquête sur la rationalité morale de l'observance, préface de Pascal Engel, Le Bord de l'Eau, 2ème édition, 2007
    - 6) Frankfurt H, Freedom of the will and the concept of a person, Journal of Philosophy 1971; 68: 5-20
      - 7) Dworkin G, The theory and practice of autonomy, Cambridge, Cambridge University Press, 1988
    - 8) Reach G, Soigner et se soigner, In: Ethique, Médecine et Société, Concepts et enjeux pratiques, E. Hirsch, ed., Vuibert, 2007
      - 9) Frankfurt H, The importance of what we care about, Cambridge, 1988
      - 10) Reach G, Clinique de l'observance, l'exemple des diabètes, John Libbey Eurotext 2006
    - 11) Grimaldi A, Halimi S, Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques: éducation thérapeutique et/ou « Disease Management » ? Médecine des Maladies Métaboliques, 2007 ; 1 : 80-82
- 12) Cogneau J ; Lehr-Drylewicz AM, Bachimont J, Letoumy A, Ecarts entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2, Presse Médicale 2007; 36 : 764-70.
  - 13) Tauber Al, *Patient autonomy and the ethics of responsibility*, The MIT Press, Cambridge, MA, 2005
    - 14) Ingelfinger FJ, Arrogance, New England Journal of Medicine 1980; 303: 1507-1511

# LA DÉMARCHE PALLIATIVE, UNE APPROCHE CLINIQUE, ÉTHIQUE ET ORGANISATIONNELLE

ALGRÉ de nombreuses avancées, la médecine contemporaine ne peut pas obtenir la quérison de nombreuses maladies. C'est notamment le cas des maladies chroniques qu'au fur et à mesure de leur évolution et du vieillissement les traitements contrôlent de moins en moins, c'est aussi le problème des maladies dégénératives, des cancers non maîtrisées, de la plupart des maladies génétiques et orphelines, cela concerne enfin les situations de handicap sévère et l'approche de la mort qui concerne, faut-il le rappeler, la totalité de la population... Néanmoins la médecine peut être d'un puissant secours dans de telles situations pour les personnes malades, notamment en fin de vie, au travers de pratiques relevant d'une démarche inspirée par les soins palliatifs. On définira ici cette "démarche palliative" par trois dimensions : clinique, éthique et organisationnelle.

Tout d'abord, cette démarche cherche à limiter autant que faire se peut la douleur, les divers symptômes liés à l'évolution de la maladie, les conséquences des soins euxmêmes. Il s'agit de permettre aux personnes gravement malades de vivre les sensations les moins déstructurantes possibles et d'entretenir un rapport plus pacifié avec leur corps et les soins. C'est une tâche qui demande d'utiliser des médicaments, des dispositifs techniques et des soins infirmiers, diététiques ou de kinésithérapie dont le mode d'administration s'appuie sur un corpus de connaissances et de savoir-faire cliniques complets, sur des compétences techniques certaines. Au-delà du contrôle des symptômes, le travail des équipes soignantes contre l'inconfort physique rassemble tous les gestes, préventifs ou actifs contre la douleur, permettant au patient de ne pas trop souffrir : prévention de la douleur provoquée par les actes de soins ou la mobilisation, abstention de certains gestes invasifs, positionnement dans le lit ou au fauteuil, utilisation de coussins ou de fauteuils spéciaux, de lits électriques, mobilisation régulière, humidification et bains de bouche etc. À côté de ce travail, il existe d'autres techniques pour promouvoir un corps plus "confortable" et un "mieux être" corporel et mental: nursing, ablutions dans des baignoires adaptées, massages, relaxation et sophrologie, "musicothérapie", soins esthétiques rebaptisés "socio-esthétiques". Le lieu d'application principal de ces pratiques reste le corps, et l'on en évaluera l'efficacité auprès du malade. Les principaux critères de jugement ne s'appuient plus

prioritairement sur les examens complémentaires mais sur ce que dit la personne. Il en résulte une forme particulière pour la seconde dimension de la démarche palliative, la dimension éthique.

En effet, en passant du contrôle de la maladie à la lutte contre l'inconfort, le médecin n'ajuste plus son action à des éléments "objectifs" apportés par la biologie, la radiologie ou les explorations fonctionnelles mais à la parole du patient. Ce mode de rapport au patient est largement déterminé par le type de savoir sur la maladie. Et c'est du fait de certaines spécificités physiologico-cliniques que la médecine de la douleur tient a priori la plainte des malades pour valide. Le symptôme douloureux est par excellence subjectif puisqu'on ne peut se fier qu'à celui qui le ressent. Le travail de confort ne visera donc pas à l'ajuster à une valeur biologique ou fonctionnelle externe. Mais une telle approche ne se réduit pas à la maîtrise technique de symptômes désagréables. Elle se définit aussi par la volonté d'instaurer un certain type de relations avec les personnes. Ainsi vise-t-on, autant que faire se peut à prendre les décisions après une recherche active des préférences personnelles des patients et de leurs choix. En théorie, la démarche palliative cherche à promouvoir des pratiques respectueuses du patient, quel que soit son état clinique et intellectuel. Le travail relationnel peut être multiforme et répondre à plusieurs objectifs : faciliter la formulation et la prise en compte du point de vue du patient comme par exemple son avis sur le lieu de soins (hôpital ou domicile), lui exprimer spontanément de la sollicitude, entendre ses questions ou ses craintes, permettre l'expression de certaines émotions et de ses principaux souhaits, être attentif à son entourage et à ses problèmes etc. Ces pratiques peuvent être rassemblées sous une même logique : toujours agir avec le malade comme avec une personne, sujette et actrice de sa vie.

La dernière dimension de la démarche palliative concerne le cadre de l'exercice et l'organisation des soins. Notre description ne se limitera pas aux seuls aspects cliniques et éthiques décrits dans les paragraphes précédents. D'autres dimensions, politique et d'organisation du travail, sont tout aussi importantes à examiner. En effet, la médecine dépend d'un système de soins tout entier et de nombreuses questions d'organisation du travail se posent. Pouvoir répondre à ces questions nécessite un effort de formalisation d'un cadre collectif de travail propice. En s'inscrivant ouvertement dans les objectifs des équipes soignantes, une telle démarche pourrait faire partie du proiet des services, des structures ou des établissements. Au sein des services, réaliser ce projet en équipe pluridisciplinaire demande de formaliser des modes de décision et des stratégies médicales permettant d'administrer aux malades les meilleurs soins de confort possibles. Pour ceci, le travail collectif à partir d'échanges autour du projet médical et de soins doit faciliter la prise en charge des personnes malades et le soutien à leur entourage. Mais promouvoir la démarche palliative ne doit pas se limiter à l'organisation des soins au sein des seuls services. Entre les établissements et les secteurs institutionnels, les trajectoires de maladie doivent être plus harmonieuses pour éviter les ruptures et les incohérences, condition indispensable pour déployer des pratiques en adéquation avec la qualité de la vie. Là aussi il faudrait contribuer à reconfigurer les relations entre professionnels, en particulier entre l'hôpital et le domicile, comme ont commencé à le faire de façon plus ou moins formalisée certains réseaux de santé.

Dans notre pays, un nombre de plus en plus important de personnes sont touchées par des pathologies incurables ou du moins inquérissables. Il résulte de cet état de fait la nécessité de réaménager le principe d'action médical dominant qui légitime parfois le choix d'interventions au nom de l'efficacité thérapeutique sans les contrebalancer par des considérations d'inconfort ou de répercussions néfastes dans la vie quotidienne. Dans ce contexte, la formalisation d'une démarche palliative en visant à protéger les patients activement de certaines souffrances permet aux professionnels de mieux dispenser les soins. Le fil directeur de cette démarche n'est pas tant à rechercher dans le type d'actes opérés que dans le but et la logique pratique qui président à l'arbitrage des choix de la prise en charge selon leurs objectifs, leurs avantages et leurs inconvénients. A côté de l'efficacité des traitements, les notions de qualité de vie et de respect du malade sont des attentes fortes du public vis-à-vis de la médecine. L'enjeu plus général concerne ici les rapports de celle-ci avec la société, la guestion de ses missions et de son contrat social qu'il est nécessaire d'adapter face aux évolutions épidémiologiques et sociales.

Jean-Christophe Mino

#### LES ABSTRACTS

#### ABSTRACT I

Amélioration de l'état de santé des patients et des pratiques professionnelles : expérience de 4 ans de fonctionnement d'un réseau diabète.

Da Costa Correia Eric, Roche Béatrice, Guerraoui Abdallah, Aguilera Didier, CHG VICHY

#### Introduction

Le Réseau Vichy Diabète est centré sur l'éducation thérapeutique du patient diabétique L'éducation est progressive, dispensée sur 3 cycles, réalisée par une équipe multidisciplinaire ambulatoire. Les thèmes sont : les notions de base sur le diabète, la diététique, le pied diabétique et les facteurs de risque cardiovasculaires

Un Dispositif Médical Informatisé (D.M.I.) permet la saisie régulière des actions

éducatives, des paramètres cliniques et biologiques ; et le suivi des traitements.

Après 4 ans de fonctionnement (2003 – 2007), nous avons voulu vérifier l'impact de cette éducation sur l'état de santé des patients et sur la prescription médicale.

#### Méthode

La formation des professionnels a porté sur le mode de fonctionnement du réseau, le D.M.I. et sur la démarche éducative.

Le D.M.I. permet de faire une analyse transversale, rétrospective, non randomisée, analytique et descriptive de la population à l'inclusion (T0), et en fin d'intervention éducative (Tfinal).

Population: 315 patients. Age: 60.8 ans. 55 % d'hommes. 87 % de diabète type 2. Pour 63.8 % de la population : diabète connu depuis moins de 10 ans.

Moyenne	Poids Kg	TA mmHg	HbA1C %	Cl creat ml/min	Microalb mg/24H	LDL cho g/L	TG g/L
T0	88.86	135/77	7.73	106	33.60	1.06	1.45
T final	85.97	132/74	6.73	92	21.87	0.94	1.12

Un tiers de la population des patients réseau sont sous insuline en 2007. 47 % ont eu un passage à l'insuline depuis 2003. Au cours des cycles, changement des traitements antihypertenseurs au profit des traitements inhibiteurs du système rénine angiotensine.

#### Conclusion

Bien que les paramètres sanitaires initiaux diffèrent des populations diabétiques habituellement étudiées, nous obtenons une perte de poids significative, et une baisse de 1 point de l'hémoglobine glyquée. Les prescriptions antidiabétiques et antihypertensives sont en adéquation avec les recommandations HAS. Le R.V.D. est donc un outil efficace pour la prise en charge du patient. Le D.M.I. permet une évaluation régulière de nos actions et une amélioration des axes de travail.

#### ABSTRACT 2

Formation à la prise en charge du pied diabétique : évaluation et conséquences sur la

prévention.

M. Bonello-Faraill, B.Haiblet, P.Cohen Solal, RESDIAB06

Une formation multidisciplinaire est organisée à Resdiab06 depuis 2004 afin d'harmoniser la prise en charge des plaies des pieds des diabétiques et de sensibiliser les soignants à leur prévention primaire et secondaire. Cette formation est constituée de trois modules (une ½ journée chacune) complémentaire les uns des autres, centrés sur la prise en charge de la plaie, la conduite à tenir pour chaque soignant selon sa profession, l'éducation et la prévention et suivi d'un stage pratique hospitalier. Une évaluation a été mise en place qui a conduit à effectuer des modifications en voici les détails : deux types de questionnaire, un évaluant le degré de satisfaction et l'autre l'impact de la formation sur la pratique

RESULTATS: 146 questionnaires ont été analysés, 16 des médecins, 56 des infirmières, 74 des podologues; degré de satisfaction: intérêt de la complémentarité des modules et de la pluridisciplinarité de l'équipe et des participants, facilitant les échanges, l'acquisition du savoir et la prise de conscience du rôle de chacun; impact sur la pratique quotidienne: connaissance des plaies et de leur particularité (70 à 100% pour les trois catégories); prévention et éducation (médecins 100 %,IDE 50%,podologues 81%)conseils de chaussage (médecins 71%, IDE, 21%, podo 84%) conseils de décharge (médecins 62%, IDE 21%, podo 90%) les gestes à éviter (médecins 75%, IDE 64%, podo 16%).

CONCLUSIONS : nécessité de la pluri et inter disciplinarité, d'apprendre aux médecins à partager le savoir faire des paramédicaux, de l'importance de rectifier les idées reçues et les attitudes de soins enseignées auparavant en particulier pour les IDE, de la nécessité d'enseigner les recommandations de bonne pratique afin que chaque soignant se sente concerné par le partage de la responsabilité médicale. Nécessité d'une sensibilisation des IDE à l'éducation du patient et de sa famille dans le cadre d'un renforcement de la prévention secondaire. On note le faible effectif des médecins formés/à celui des IDE et des Podo ce qui constitue un frein au développement d'une démarche globale et pluridisciplinaire de la prise en charge des plaies du

#### ABSTRACT 3

Programme pilote de soutien à l'adhérence chez des patients atteints de maladie rénale

Corinne Isnard Bagnis<sup>1</sup>, Catherine Tourette-Turgis, Lennize Pereira-Paulo, Martine Giraud, Laurence Bouffette, Isabelle Tostivint, Gilbert Deray, Universités de Rouen, Comment Dire et Université Pierre et Marie Curie-Hôpital Pitié Salpêtrière.

Le degré d'observance thérapeutique (OT) chez les patients atteints d'une maladie rénale chronique (MRC) est peu documenté. Quelques approches quantitatives ont documenté le faible taux d'observance et de persévérance dans la prise des médicaments mais les facteurs déclencheurs, fragilisant et protecteurs de l'intention de se traiter chez les patients affectés par une MRC et d'autres co-morbidités n'ont pas encore été identifiés dans la littérature. Pourtant, la prise en charge de la MRC, de ses causes et de ses complications impose un nombre important de traitements médicamenteux. Il est donc essentiel de développer des programmes d'intervention dans cette pathologie. Le programme pilote d'intervention mis en place dans notre service a trois objectifs : Améliorer le degré d'OT des patients atteints de MRC, créer une culture « observance » dans le service incluant les patients, les professionnels du soin, les

réseaux, les proches, développer et pérenniser un programme d'OT dans le service. Ce programme est basé sur le modèle MOTHIV (modèle créé par « Comment Dire » mis en place dans plusieurs services pour les patients infectés par le VIH). Il comporte deux approches méthodologiques distinctes :

- 1. L'implantation d'une consultation infirmière d'observance à l'issue d'une immersion d'experts en éducation dans le service et de la formation des équipes soignantes aux stratégies d'intervention dans le champ de l'OT, organisation de la consultation (publics, format, recrutement des intervenants, construction des outils de la consultation à partir du modèle MOTHIV, définition du
- type d'évaluation. Construction d'une mini-cohorte observationnelle pour répondre à la question de l'existence ou non d'un lien entre la non atteinte des objectifs thérapeutiques et l'OT des patients et aussi pour développer une approche qualitative des facteurs explicatifs de l'observance et de la non observance afin d'identifier dans notre modèle d'intervention les facteurs modifiables sur lesquels on peut intervenir dans un stratégie d'accompagnement et d'éducation thérapeutique

La formation de l'équipe en cours aux stratégies d'éducation thérapeutique a fait émerger des besoins et des questions. L'équipe soignante s'est appropriée le projet. La co-consultation expert observance et médecin a donné lieu à des diagnostics croisés et a permis de conduire des observations « en situation » sur les difficultés d'observance des patients.

La mise en place de programmes d'OT en Néphrologie est indispensable à l'optimisation de la prise en charge. Elle nécessite la validation du lien entre observance et obtention des cibles du traitement. Notre expérience pilote est un travail exploratoire qui génère beaucoup de questions mais répond à l'évidence à un besoin tant des membres de l'équipe que de la part des patients.

#### ABSTRACT 4

Le jeu des 7 pieds : un nouvel outil d'éducation thérapeutique. Cendrine Masclet-Bertrand, Sophie Moracchini, Elise Hamon, Marie Emilie Stutzmann, Pascale Johary. Service d'Endocrinologie, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin. 69 avenue de Paris. 94160 Saint-Mandé. France.

Problème majeur de santé publique, les plaies des pieds des diabétiques imposent des mesures préventives qui reposent sur l'éducation thérapeutique. Cette constatation a conduit à l'élaboration d'un outil pédagogique innovant : le jeu des 7 pieds.

#### Patients et Méthodes :

Ce jeu de cartes est basé sur le principe de celui des 7 familles. Les 42 cartes réparties en 7 familles abordent les différents aspects de la problématique du « pied diabétique », et sont illustrées par des dessins ludiques de pieds personnalisés. Ce jeu est utilisé au cours d'une séance d'éducation thérapeutique par un soignant qui dispose

d'un document complet abordant toutes les questions que peuvent soulever les diabétiques à la lecture des cartes. La durée des parties est adaptable à la disponibilité de chacun. A la fin de la séance, les malades reçoivent un remis résumant les points importants à retenir.

Afin d'évaluer l'intérêt de cet outil, une fiche d'évaluation individuelle et une enquête de satisfaction ont été mises en place depuis la création du jeu des 7 pieds par l'équipe paramédicale du service.

Résultats:
Cette enquête repose sur l'évaluation des réponses de 197 diabétiques qui ont participé aux séances d'éducation depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Bien que 35% de ces sujets présentaient un pied grade 2 ou 3, 53% ne jugeaient a priori pas nécessaire un complément d'information. La fiche d'évaluation rédigée à la fin de la séance d'éducation montre pour l'ensemble des diabétiques un niveau de satisfaction qualifié d'excellent dans 85% des cas. La totalité des malades déclarent avoir acquis des connaissances nouvelles et la pertinence des réponses s'est nettement améliorée. Une évaluation à distance est actuellement en cours.

Conclusion:
Le jeu des 7 pieds qui s'inscrit dans le cadre d'une démarche éducative complète est adapté à la prévention primaire ou secondaire des plaies des pieds. Cette méthode conviviale aborde de façon rigoureuse mais sans la dramatiser une complication du diabète dont chacun connaît la gravité. Sa large diffusion dans les prochains mois permettra, nous l'espérons, aux équipes de diabétologie de l'utiliser pour la plus grande satisfaction de tous.



#### ABSTRACT 5

421 kms d'échanges inter-réseaux et d'éducation thérapeutique à vélo. Fabienne Leclerc, Réseau Diabolo, Orléan

Des patients d'un réseau diabète souhaitaient relever un défi sportif et en mesurer l'incidence sur la glycémie. La remontée de la Loire en vélo est organisée, cinq étapes qui permettent de rencontrer les réseaux diabète locaux.

Population: 10 patients diabétiques. (2 type 1, 8 type 2 dont 3 à l'insuline), de 42 à 77 ans. Une partie de l'équipe soignante pédalait, l'autre gérait la logistique.

Les glycémies capillaires ont été retranscrites sur un graphique.

Les patients ont été mesurés et pesés au départ et à l'arrivée.

Un questionnaire de satisfaction a été dépouillé à l'arrivée. Les participants ont écrit des articles à paraître dans le bulletin d'information du réseau. Echanges avec les réseaux visités

Les glycémies sont en moyenne de 1,50 g/l sur la semaine (stables).

Les hypoglycémies touchent essentiellement les patients sous insuline. Les hyperglycémies sont imputées au comportement alimentaire des patients plutôt inadéquat,

lié à une désorganisation du rythme de vie habituel, à la prise des repas au restaurant et à l'ambiance festive qui régnait dans le groupe induisant un relâchement des « contraintes »

Seuls 4 participants ont perdu du poids (environ 1,5 kg).

100~% des patients ont jugé cette expérience positive, 80~% admettent une incidence positive sur leur moral

La baisse de la glycémie induite par l'activité physique n'est pas significative. Le comportement alimentaire observé, inattendu et surprenant, constitue un biais à lui seul. Le questionnaire de satisfaction et la rédaction des articles dans le bulletin d'information témoignent d'un enthousiasme certain.

Pour l'équipe soignante : remise en question de l'efficacité des ateliers diététiques. Nécessité d'une implication plus importante des patients dans l'élaboration et la réalisation du projet.

Satisfaction des patients d'avoir réalisé l'objectif sportif. Renforcement de la cohésion de l'équipe soigante. Partage des expériences avec d'autres réseaux. Remise en cause des acquis diététiques.

#### ABSTRACT 6

Le plaisir à table au service de l'équilibre : étude prospective au sein d'un réseau diabète. S. Laroche, M. Launay, A. Mathieu, P. Walker, Réseau CARAMEL Bourges

Améliorer l'observance diététique favorise l'équilibre pondéral et glycémique, mais est perçu comme un frein à la qualité de vie. Une formation thérapeutique pratique centrée sur la convivialité peut-elle favoriser l'observance en préservant le plaisir ?

Un Réseau départemental propose 450 ateliers éducatifs ambulatoires par an aux diabétiques type 2. 40 patients ayant déjà reçu des conseils diététiques ont participé sur 1 an à 58 ateliers culinaires (courses, préparation, repas communs) animés par une diététicienne et ont répondu à ne enquête de perception du comportement alimentaire à T0, entre 3 et 6 mois (T6) et à 1an (T12). Les données ont été comparées dans 2 groupes : A ≤4 ateliers (n=19), B >4 ateliers (n=21).

A et B étaient comparables à T0 en terme de démographie, traitement, équilibre glycémique, attentes quant aux ateliers, difficultés perçues (achats, cuisine), comportement (lieu de repas, cuissons, grignotage, usage de matières grasses (MG), produits sucrés, alcool...). Moins de A consommaient des féculents à chaque repas (68,4% vs 95%, p=0,03)

A T12 vs T0: aucun interdit alimentaire n'était plus formulé. 86 à 90% se disaient capables de cuisiner équilibré, 13% vs 40,9% disaient percevoir les courses comme « casse-tête » (p=0,034), 92,9 à 100% consommer des féculents à chaque repas, 54,2% vs 77,5% grignoter (p=0,039), 95,6% vs 71,8% mesurer plus souvent les MG (p=0,02) (A vs B, NS), 77,3% vs 41% préparer des vinaigrettes allégées (p=0,006), avec une hausse supérieure dans B (A=60% vs B=78.7%, p=0.04).

Prise de poids supérieure dans A (+4,4kg vs +1kg), baisse de l'HbA1c dans B (A +0,16 vs B -0,25), boissons light et alcool plus consommés (modérément), étaient des tendances non significatives incitant à mieux explorer ces données, ici dans de petits groupes et sans témoins.

Les évolutions observées montrent moins de grignotages, un meilleur usage des MG/féculents, une hausse du sentiment d'efficacité (achat, préparation). Pour les MG, l'évolution semble corrélée au degré de participation. La prise de féculents progresse dans le seul groupe A, B ayant acquis cette habitude dès T0.

Au total, en levant des interdits alimentaires et en augmentant le sentiment d'efficacité personnelle, des ateliers culinaires ambulatoires centrés sur la convivialité favorisent l'observance d'une alimentation équilibrée préservant le plaisir.

#### ABSTRACT 7

Éducation thérapeutique du patient et compétence culturelle du clinicien. G. Imbert, Canada

Le management des patients porteurs d'une maladie chronique comme le diabète de type 2 demeure un sujet préoccupant notamment pour les cliniciens et les chercheurs. Dans le cont du développement incontrôlable et sous-estimé de l'épidémie du diabète, le management des patients est parfois qualifié « d'agressif » compte tenu de la menace représentée par le développement potentiel des complications micro et macrovasculaires. L'incertitude inhérente à la question fondamentale de la « bonne observance » thérapeutique, caractérise ainsi l'un des aspects de la complexité à laquelle les praticiens, et les professionnels de santé en général, sont confrontés dans leur pratique quotidienne, en particulier en milieu interculturel (e.g. prise en charge de migrants).

Les promoteurs de l'éducation thérapeutique placent au cœur du contrat d'éducation établi avec le patient « apprenant », les compétences que ce dernier doit acquérir en regard du diagnostic éducatif. Il apparaît cependant, en France notamment, que la notion de compétence culturelle du clinicien est peu développée dans la littérature et dans les curriculums de formation médicale. On constate par ailleurs que la compétence culturelle des praticiens est méconnue.

À partir d'une part, de l'exploitation des résultats d'une étude empirique conduite en milieu pluriethnique auprès de personnes diabétiques de type 2, particulièrement vulnérables (e.g. faiblesse du niveau éducatif et socio-économique), et d'autre part d'une revue de la littérature, cette présentation propose de documenter la notion de compétence culturelle des cliniciens et, partant, d'envisager sa mise en œuvre dans l'espace clinique.

Il est ainsi clairement démontré la nécessité pour les professionnels de santé, notamment dans le contexte de l'éducation du patient, de porter une attention particulière à l'univers de signification du patient ; à son histoire personnelle, à sa représentation de la maladie, et de considérer le rôle fondamental de ces deux éléments dans la construction de son expérience de la maladie

Par-delà l'acquisition de compétences culturelles par les cliniciens, et les professionnels de santé en général, une telle approche culturaliste de la maladie et des soins suggère le développement d'une sensibilité culturelle, et, parfant, de penser l'acte d'éducation thérapeutique du patient selon une posture davantage humaniste.

#### ABSTRACT 8

Préparer sa grossesse en hospitalisation de jour.

F. Lamiche-Lorenzini, M.E Chauveau, M. Coustols-valat, H. Hanaire Service de Diabétologie, Hopital rangueil TOULOUSE

On sait que la fréquence des complications des grossesses chez les femmes diabétiques est nettement diminuée par une prise en charge préconceptionnelle.

Cependant, en France, seules 50% des DT1 et 30% des DT2 programment leur grossesse ; Nous avons imaginé une structuration de cette prise en charge, en hospitalisation de jour, associant une éducation thérapeutique de groupe, un bilan personnalisé du diabète et de ses complications et une recherche de solutions thérapeutiques.

Nous accueillons 5 patientes, acceptons les patientes enceintes, idéalement avant la fin du premier trimestre. A l'arrivée de la patiente, bilan biologique, examen clinique et diagnostic éducatif sont réalisés individuellement.

Puis trois séquences d'éducation de groupe sont proposées :

Objectifs glycémiques et surveillance de la grossesse (médecin)

Alimentation de la femme enceinte diabétique (diététicienne) Adaptation du traitement, techniques d'autosurveillance et d'injection (IDE)

Enfin, une synthèse personnalisée est réalisée par l'équipe, un courrier est remis aux patientes, ainsi qu'une prescription d'acide folique.

Une prise en charge multidisciplinaire est organisée en cas de diabète compliqué.

Nous avons reçu, en 2007, 36 patientes, 18 en pré conceptionnel, 18 enceintes (dont 4 après la 15<sup>ème</sup> SA), 13 adressées par leur diabétologue libéral, 7 par le service de Diabétologie, 16 par la maternité.

L'ĤbA1c des femmes préparant leur grossesse était trop élevée pour les DT1 (8,175 +/-1,41%), comme pour les DT2 (6,88+/-0,89%), meilleure chez les femmes enceintes (6,9% DT1, 6,58%

Des modifications du traitement insulinique ont été proposées à 16 patientes, dont 5 mises en place de pompe à insuline, et 5 débuts d'insulinothérapie chez des DT2.

Les 4 patientes ayant débuté une grossesse après leur hospitalisation de jour ont amélioré significativement leur HbA1c (7,07+/-1,32vs 6,12+/-0,66%). 7 ont un problème d'infertilité

Parmi les femmes déjà enceintes, la plupart n'ont pas eu de complications obstétricales. On déplore cependant deux malformations fœtales (CIV et fente palatine)

Au total, cette proposition, plus légère qu'une hospitalisation classique, mais très structurée, a fait l'objet d'une demande importante dès la première année. Une information des diabétologues, des gynécologues, et des médecins traitants devraient permettre de l'étendre, et surtout, de prendre en charge les femmes avant leur grossesse.



#### ABSTRACT 9

Contribution de l'équipe d'infirmières à la lutte contre l'épidémie de diabète.

Christiane Garcia, Joelle Manga, infirmières

Docteur Roxane Ducloux, Professeur Jean-Jacques Altman

Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, Service de diabétologie-endocrinologie-nutrition

#### Introduction

La prévalence du diabète de type 2 (DT2) ne cesse d'augmenter en France. En tant qu'infirmières dans un service de diabétologie, nous participons à la lutte contre cette épidémie » en informant les enfants des patients hospitalisés de moyens de prévention du

#### Matériels et méthodes

Dès mi-septembre 2007, nous avons instauré une réunion avec les patients hospitalisés. Nous évoquons les facteurs génétiques et environnementaux à l'origine de cette pathologie. Nous remettons un document destiné à leurs enfants, rappelant les moyens hygiéno-diététiques de prévention du DT2 ainsi que la nécessité du dépistage. Quelques semaines plus tard, nous téléphonons aux patients pour évaluer l'efficacité de l'intervention.

Durant les 5 premières semaines de cette action, tous les patients concernés ont souhaité participer aux réunions (23 patients mais 21 avec enfants). Hormis 2 personnes qui avaient déjà mis en place cette prévention, tous ont accepté l'idée d'en parler à leurs enfants (19 patients et 49 enfants concernés). 43% de leurs enfants présentaient un surpoids ou une obésité. Il y avait déjà chez eux 2 diabètes gestationnels et 1 diabète. Après 6 semaines d'intervention, nous avons réussi à joindre téléphoniquement 15 patients (79%). Tous avaient déjà relayé le message à leurs enfants, avec un écho souvent positif.

Notre équipe a formalisé un travail de prévention du DT2 qui était déjà effectué depuis de nombreuses années dans notre service. En attendant d'obtenir le matériel suffisant pour une analyse d'impact, les premiers échos des patients sont très enthousiastes. De notre côté, ce travail nous apparaît à la fois utile et gratifiant.

#### Conclusion

Par une intervention orale et la remise de documents destinés aux enfants de nos patients hospitalisés, nous participons à la prévention du diabète de type 2 chez des personnes à haut

#### ABSTRACT 10

Observatoire du diabète : rôle de soutien de l'entourage chez les patients observants mis en évidence dans la phase qualitative.

G Hochberg¹, S Dejager², E Eschwege³, PJ Guillausseau⁴, S Halimi⁵, Y Morvan⁶, P Vexiau², ML Virally⁴, H Mosnier-Pudarð.1.Paris, 2. Novartis, France, 3.Paris, 4. Hôpital Lariboisière, Paris, 5. CHU, Grenoble, 6. TNS Health care, Paris 7. Hôpital St Louis, Paris, 8. Hôpital Cochin, Paris

Une étude qualitative a été menée auprès de 20 patients en vue de la construction d'un questionnaire pour la mise en place d'un observatoire sur le point de vue du patient sur sa maladie diabétique et sa gestion de son traitement. Les domaines explorés ont été les freins et motivations, les attentes, les critères de satisfaction, les possibilités de changement de comportements, la relation soignant - soigné.

Méthodologie : 30 entretiens ont été réalisés afin de faire évoquer spontanément des facteurs explicatifs qui sous tendent les perceptions, les attitudes et les comportements des patients (20 patients diabétiques (1h30/ patient), 10 membres de leur entourage (1h/personne), 50 % d'hommes, âgés de 40 à 70 ans). 50 % des patients étaient observants. 4 thèmes principaux ont été abordés: l'observance (tentative d'apprécier ses facteurs prédictifs et explicatifs), la place du médicament, les répercussions sur le vécu. Nous décrirons ici simplement le rôle positif de l'entourage dans l'observance.

Résultats : Chez les patients observants, l'entourage immédiat, la famille particulièrement le conjoint peuvent avoir un rôle clé, dans ce cas: ils encouragent le patient à suivre les recommandations, mettent en place à domicile les règles d'hygiène de vie et essaye de les partager. Une vigilance quotidienne sur le maintien du changement et la prise de médicament prend place, le patient est accompagné dans toutes ses démarches, en particulier médicales (les rendez vous). Lorsque l'entourage est moins investi, en absence d'accompagnement malgré des encouragements, les patients sont moins observants. Par ailleurs, une relation affective solide est également favorisante (conjoint, mariage stable, sens de la famille, respect de l'autre, partage). Les non observants sont globalement moins soutenus par leur entourage, ils bénéficient d'un soutien moral mais moins d'un soutien concret (aide aux repas, visite conjointe chez le médecin). L'entourage reçoit une information plus subjective (au travers de ce que leur dit le patient) et est donc moins bien informé, il ne cherche pas à s'informer davantage.

En conclusion : il apparaît au travers de ces entretiens qu'un soutien efficace de l'entourage aide le patient à mettre en place des changements de comportement durables. Un entourage qui encourage et s'implique dans la prise en charge quotidienne semble être le plus positif.

#### ABSTRACT 11

L'inévitable part d'incertitude dans la gestion du diabète - répercussions dans le vécu des patients et implications pour les soignants-éducateurs.

M. Egli, C. Montreuil, M. Andrey, J. Ruiz ; Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, CH-1011 Lausa

Les cours visant l'acquisition des compétences d'autogestion nécessaires aux patients diabétiques ont été traditionnellement construits par les soignants, à partir d'une perspective de soignant sur la gestion de la maladie et du traitement. Lors du développement d'un cours pour patients diabétiques porteurs d'une pompe à insuline, nous avons adopté une approche différente, partant de l'exploration de leur vécu. Deux focus groupes de 8 patients chacun ont été organisés. Le contenu des transcriptions verbatim a été analysé séparément par deux

Cette analyse révèle un phénomène central, qu'on pourrait qualifier de stress engendré par la confrontation aux fluctuations glycémiques qui se produisent tant dans les situations familières qu'inhabituelles de la vie quotidienne. Les patients manifestent une réactivité émotionnelle intense, mêlant sentiments de révolte, culpabilité, dévalorisation et, à la longue, découragement. Malgré une longue expérience du diabète, ils ressentent un manque de repères fiables lors de la prise de décisions dans la gestion de l'insulinothérapie. Implicitement, ils se considèrent responsables des écarts glycémiques, qu'ils assimilent à une sanction de leur compétence insuffisante.

La perte de la capacité d'autorégulation glycémique met le patient face à une tâche complexe et ingrate, qu'il doit accomplir sans relâche. Même avec la plus complète maîtrise des outils de gestion du diabète, un contrôle glycémique parfait n'est pas atteignable. Les nombreux facteurs déterminant les besoins en insuline échappent en partie à l'évaluation et au contrôle volontaire, ou sont modifiés par les imprévus de la vie ordinaire. Cette notion d'incertitude inévitable n'est pas intégrée par les patients. La plupart des programmes d'enseignement pour patients négligent cet aspect, risquant par là d'entretenir chez eux l'idée qu'un contrôle glycémique parfait serait possible pour autant qu'ils fassent assez d'efforts. Notre cours vise donc à thématiser et travailler l'intégration de l'incertitude dans la gestion du diabète, par l'élaboration de stratégies de résolution de problème, la redéfinition des objectifs en termes de direction à prendre, d'ordres de grandeur et de marges d'erreur, le raisonnement sur la base de tendances, dans la reconnaissance de la dimension affective des processus cognitifs.

#### ABSTRACT 12

Pourquoi et comment l'éducation thérapeutique peut-elle influencer l'adhérence aux comportements de santé et l'état de santé des personnes diabétiques de type 2 ?.

Jennifer Regnier 1,2, David Trouilloud 1 & Serge Halimi 2

- Laboratoire Sport et Environnement Social, Université de Grenoble 1
- 2. Unité d'Education Diabétique, CHU de Grenoble

#### INTRODUCTION

Cette recherche vise à analyser l'impact d'un programme

d'éducation thérapeutique (ETP) sur la motivation, l'adhérence aux

comportements de santé liés à la maladie, et à son traitement et l'état de santé des personnes diabétiques de type 2.

Ce travail s'ancre sur un modèle théorique très utilisé actuellement sur le thème de la motivation : la Théorie de l'autodétermination

(Deci & Ryan, 2002).

Ce modèle a déjà montré son utilité dans les domaines du sport et de l'exercice physique mais également de la santé (Williams, Freedman, & Deci, 1998).

Les objectifs de cette étude (en cours) sont :

- Evaluer empiriquement les effets d'un programme d'ETP sur l'adhérence aux comportements de santé liés à la maladie et à son traitement ainsi que l'état de santé des personnes diabétiques de type 2 et,
- 2 Identifier les processus sous-jacents à ces effets et plus particulièrement le rôle joué la motivation et le sentiment de compétence perçu.

120 patients diabétiques de type 2 ont été recrutés et randomisés en deux groupes. Le groupe expérimental est évalué à l'entrée d'un programme d'ETP (T1) et à 3 mois (T2). Pour le groupe contrôle, le temps 1 (T1) est réalisé 3 mois avant le programme et le temps 2 (T2) à l'entrée du programme. A ce jour, le groupe expérimental est constitué de 46 sujets (My âge = 58 ans ; My ancienneté de diabète = 9 ans) et le groupe contrôle de 34 sujets (My âge = 58,7 ans; My ancienneté de diabète = 9,7 ans).

Sont mesurés dans cette étude : l'adhérence aux comportements de santé liés à la maladie diabétique et à son traitement, la motivation, le sentiment de compétence perçu et l'état de

Cette étude est en cours. A ce jour, une analyse univariée de la covariance à un facteur (groupe) et deux modalités (ETP vs pas d'ETP) a été menée pour 80 sujets. Cette analyse statistique montre une différence significative entre les deux groupes pour le sentiment de compétence perçu en activité physique (p<.01), l'adhérence à l'activité physique (p<.05), et l'HbA1c (n < .05).

Des résultats plus complets seront disponibles lors du congrès (fin janvier 2008).



#### ABSTRACT 13

Intérêt de la personnalisation du projet d'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2. Nicolas Chevalier, Heidi Dubus, Marie-Béatrice Galand-Portier, Philippe Meyer

Unité de Diététique, 2344 route de la Fénerie, 06580 Pégomas, Franc

Notre structure de soins accueille chaque année, depuis 1991, près de mille patients obèses et/ou diabétiques de type 2 dans un objectif de rééducation nutritionnelle basée sur des ateliers théoriques et pratiques animés par différents intervenants formés à l'éducation thérapeutique Malgré la maîtrise de notre structure éducative, l'absence de personnalisation du projet thérapeutique fragilise la valorisation des acquis du patient, ce qui peut avoir un effet néfaste sur son comportement actuel et ultérieur.

Nous avons donc évalué la progression des acquis des patients diabétiques de type 2 hospitalisés dans notre structure au cours de deux périodes en fonction du projet éducatif, globalisé ( $1^{cr}$  semestre 2006, n = 151) et personnalisé ( $1^{cr}$  semestre 2007, n = 148). Pour cela, chaque séance éducative a fait l'objet d'une évaluation en dix questions réalisée en début et en fin de séance. La progression est exprimée en pourcentage.

Concernant les données théoriques sur le diabète, le passage d'un projet éducatif globalisé à un projet individualisé ne semble pas modifier les acquis du patient : généralités sur le diabète (+ 18,5 % vs. + 13,9 %), complications du diabète (+ 14,7 % vs. + 6,7 %), traitements du diabète (+ 25,6 % vs. + 22,3 %).

En revanche, concernant la prise en charge paramédicale, la personnalisation du projet éducatif est très bénéfique, quel que soit le thème abordé : autosurveillance glycémique (+ 13,1 % vs. + 16,8 %), conduite à tenir en cas d'hypoglycémie (+ 14,7 % vs. + 23,6 %), soins des pieds (+ 17,6 % vs. + 24,8 %).

Notre étude confirme donc que la personnalisation du projet éducatif thérapeutique permet, non seulement, de valoriser les acquis du patient mais également d'améliorer de manière significative les connaissances du patient concernant la maladie diabétique.

#### ABSTRACT 15

Effets du programme de formation des soignants de ville à l'éducation thérapeutique du réseau pôle santé du Douaisis sur les patients atteints de maladie chronique R.Bresson, D.Moreau, MN.Decalf, D.Debrie, F Libion, J.Berrewaerts, A.Deccache Réseau Pôle Santé du Douaisis, Douai

Le but est de présenter les effets de la formation des PS à l'éducation thérapeutique sur l'évolution des patients suivis pour maladie chronique par rapport à ce qu'elle était un an avant. 2 groupes de patients tous adhérents au réseau (G1=176 patients dont le soignant a été formé, G2=162 patients dont le soignant n'a pas suivi la formation) ont une évaluation de l'évolution sur 1 an des items relatifs à la santé en général, à leur maladie, au traitement, sur la qualité de la relation avec les soignants, à l'évolution de la maladie, et la qualité de vie (DUKE). Au pré test, en début de projet, Il n'y a pas de différence significative de caractéristiques entre les 2 groupes sauf les patients du G1 ont un plus faible niveau d'instruction et des revenus plus faibles.

Les patients de G1 par rapport à G2 perçoivent une évolution favorable statistiquement significative du sentiment d'inquiétude par rapport à la maladie, du sentiment de savoir relatif à la maladie et au traitement, de la faisabilité du traitement, de la relation avec le médecin et avec les autres soignants. Ils perçoivent une évolution favorable non statistiquement significative du lieu de contrôle de la santé, de la perception de l'utilité du traitement, de la capacité à suivre correctement le traitement. Ils disent être moins gênés par les symptômes d'asthme, cardiaques, respiratoires ou faire moins d'hyperglycémies. Il n'y pas de différences de perception d'évolution de leur santé, au niveau du partage social de leur maladie avec leur entourage, de la communication entre soignants, et de la fréquence de certains symptômes ou de leur qualité de vie. Les patients du groupe G1ont plus souvent eu recours à des soins d'urgence que les patients du groupe G2 (p=NS) En conclusion nos résultats semblent confirmer la faisabilité de la formation des soignants de ville à l'éducation thérapeutique thématisée sur les maladies chroniques et son influence positive sur les patients qu'ils prennent en charge bien que les effets aient pu être estompés par la charge de travail importante des soignants dans le contexte de crise démographique des professionnels de santé dans la région

## ABSTRACT 14

Une évaluation pragmatique de l'éducation thérapeutique et de son impact sur la santé des patients, l'exemple du centre d'éducation pour le traitement d'éducation pour le traitement du diabète et des maladies de la nutrition.

JL. Grenier - D. Vincent - E. Debuigne - N. D'Escrivan- M. Lepeut Centre d'éducation pour le traitement du diabète et des maladies de la nutrition C. H. ROUBAIX - BP 359 59056 Roubaix Cedex 1

ous avons réalisé une étude récente qui avait pour objectif d'évaluer l'impact rétrospectif de notre structure sur l'équilibre et l'apparition des complications chez des patients diabétiques après 20 ans d'activité. Cette expérience nous a amené à reconsidérer notre logiciel informatique tout en conservant les éléments antérieurs et à centrer nos objectifs sur l'évaluation de l'éducation thérapeutique privilégiée dans notre structure, et de son impact sur la santé des patients à court, moyen et long terme. Ce nouveau logiciel conçu de manière spécifique permet : de vérifier que les recommandations de l'HAS en matière de suivi des patients diabétiques sont respectées, de comptabiliser précisément à travers une cotation spécifique les actes d'éducation et le temps consacré aux patients dans ce domaine tant en groupe qu'en individuel au cours de son suivi à long terme. Une part importante est consacrée aux complications vasculaires notamment en ce qui concerne le pied diabétique et le dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse. L'évaluation est centrée sur 3 indices principaux que sont l'équilibre du diabète, son évolutivité à l'analyse des complications chroniques et aiguës et enfin, son impact sur la qualité de vie par le biais d'un questionnaire spécifique prospectif ermettant l'analyse des stresseurs liés à la maladie et le soutien social et familial. Ce type de logiciel fonctionne maintenant depuis deux ans en routine et les résultats sont très probants. Il serait souhaitable d'envisager une étude prospective et de juger dans une optique de mutualisation et de coordination des moyens et des compétences si de nouvelles structures ne sont pas à inventer, prenant en compte la maladie chronique dans sa globalité et son évaluation médico-sociale et économique.

#### ABSTRACT 16

Dents et diabète : point de vue du chirurgien-dentiste.

M.Ternois, MM. Rousset, C.Delfosse, T. Trentesaux, F. Bourras, B. Kremer, CHRU de Lille

Le diabète, maladie systémique complexe, touche l'ensemble de l'organisme. Sa prise en

charge implique de nombreux acteurs dont le chirurgien-dentiste.

En effet, la physiopathologie du diabète n'épargne pas la cavité buccale, notamment son parodonte or la maladie parodontale est reconnue comme la 6<sup>ème</sup> complication du diabète. De plus, la santé bucco-dentaire conditionne l'équilibre glycémique : en effet des liens étroits existent entre maladie parodontale, hyperlipidémie, insulinorésistance et inflammation systémique. Cette relation est donc à double sens. Pourtant elle est méconnue des patients comme de nombreux soignants

Le traitement du diabète ne peut s'envisager sans une prise en charge bucco-dentaire, à initier dès le début de la maladie, quelque soit le type de diabète. L'enfant diabétique est le premier concerné.

Une enquête clinique a ainsi été menée auprès de 75 enfants diabétiques fréquentant le CHRU de Lille. Elle a permis de dresser un état de santé bucco-dentaire des jeunes diabétiques et de le comparer à des populations témoins.

Les réflexions suscitées vont bien au-delà de l'enfant diabétique, et n'incluent pas simplement les diabétiques de type 1. Elles ont permis de montrer que les jeunes diabétiques recourraient les unacciques de type i : Lines oin perims de niontre que les genes diacociques réconnactions souvent aux boissons light, à l'acidité persistante, donc fortement cariogènes.

Le grignotage est tout aussi néfaste à l'équilibre du diabète qu'à la santé dentaire. Il est ainsi

statistiquement lié au taux d'hémoglobine glyquée et à l'indice carieux

Pour se resucrer, 66% des enfants croquent un morceau de sucre. Pourquoi ne pas réfléchir ensemble à des techniques de « resucrage intelligent », plus respectueuses des dents, comme le resucrage à la paille, et les instituer au plus vite ?

Investissement à long terme, l'éducation thérapeutique doit aussi porter sur les soins buccodentaires ; le suivi par le chirurgien-dentiste est partie intégrante du soin, quelque soit le patient diabétique, avec un bilan bucco-dentaire annuel obligatoire. Les dents représentent un facteur de risque à part entière des complications du diabète. Toute amélioration de l'état buccodentaire va vers une amélioration de la maladie. Garder ses dents optimise la qualité de vie, évitant le recours à une alimentation molle, souvent riche en lipides et glucides.

Le chirurgien-dentiste a donc toute sa place, dès la découverte de la maladie, dans la prise en charge globale du patient diabétique.



#### ABSTRACT 17

Mise au point d'une enquête de satisfaction des patients dans différents réseaux diabète

P. Monguillon\*, C. Sonnet\*, B. L'her\*, M. Varroud-Vial\*\*, V. Kerlan\*\*\*, et tous les réseaux diabètes impliqués : Atlantique diabète, Audiab, Carediab, Dedicas, Diabaix, Diabète 35, Diabhainaut, Diabiroise, Dianefra 93, Dromardiab, Kerdiab, Loiresdiab, Marseille diabète, Réseau cœur en santé, Revediab.

\* Diabiroise Brest, \*\*Hopital Sud-francilien, \*\*\*Service d'endocrinologie CHU de Brest

Depuis 2002, de nombreux réseaux diabète français sont nés et contribuent à améliorer la qualité de vie des patients diabétiques. A notre connaissance, il n'existe pas à ce jour d'évaluation à grande échelle de leur satisfaction. Nous avons proposé d'établir un modèle de questionnaire auprès des patients, destiné à recueillir leur ressenti et proposer des améliorations en fonction des réponses. A ce jour, 15 réseaux ont décidé d'utiliser notre modèle d'enquête approuvé par l'ANCRED dans un esprit de mutualisation des outils et afin de fournir des preuves de la valeur ajoutée des réseaux

Nous avons testé l'enquête auprès des patients du réseau Diabiroise à Brest : 171 questionnaires ont été reçus sur les 329 adressés par voie postale aux plus anciens patients du réseau (taux de réponse : 52%). L'âge moyen des patients est de 65 ans +/- 10 ans. Le sexe ratio est de 1,16 homme/ 1 femme. L'ancienneté du diabète est de 12,5 ans +/- 9,8 ans. 48% des patients sont insulino-traités. A âge comparable (66 vs 64 ans), la proportion de patients déclarant appliquer les règles hygiéno-diététiques est supérieure parmi ceux qui ont un traitement par comprimés (48%) par rapport aux patients insulino-traités (33%). 98% des patients s'estiment « plutôt» ou « tout à fait satisfaits» du réseau dans son ensemble. Plus précisément, 88% des patients disent être satisfaits des séances d'éducation thérapeutique. 75% des patients déclarent avoir réussi à modifier leurs habitudes alimentaires. 36% ont perdu du poids. Alors que presque la moitié des patients ont une activité physique avant l'intervention du réseau, un quart d'entre eux disent l'avoir augmentée après les séances d'incitation à l'activité physique.

81% des patients s'estiment bien informés sur le diabète après avoir bénéficié des services du réseau versus 34 %. Finalement 77% des patients disent avoir été aidés à mieux vivre avec leur diabète depuis leur entrée dans le réseau

Conclusion: Ce premier travail effectué à partir des données recueillies auprès des patients du réseau Diabiroise est très encourageant pour tous les réseaux diabète dont les prestations sont généralement très proches. L'utilisation du même questionnaire patient par d'autres réseaux diabète devrait permettre de renforcer la place des réseaux comme un outil indispensable à une éducation thérapeutique de qualité complémentaire des structures existantes

## ABSTRACT 18

L'effet de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie et l'équilibre métabolique dans un groupe de patients diabétiques.

F. Toti<sup>1</sup>, E. Nelaj<sup>1</sup>, N. Thanasko<sup>1</sup>, L. Gjeta<sup>1</sup>, R. Gjalpi<sup>2</sup>
1) Service d'Endocrinologie et Maladies métaboliques CHU " Mère Theresa" Tirana / Albanie

2) Psychologue Centre Hospitalier Universitaire "Mère Theresa" Tirana / Albanie

Introduction: L'amélioration de la Qualité de Vie (QdV) est devenue une partie intégrante de l'éducation thérapeutique et un des objectifs primordiaux du traitement de diabète.

But d'étude: Le but de notre étude était d'évaluer l'effet de l'éducation thérapeutique sur la OdV et l'équilibre métabolique des patients diabétiques.

Matériel et méthode: Patients diabétiques qui avaient complété un cours d'éducation de 5 jours. Les patients étaient évalué pour la QdV au départ et six et douze mois après le cours. La HbA1c a été réalisé au départ à six et douze mois après. Le questionnaire Diabètes Qualité de Vie (DQdV) a été utilisé pour évaluer la QdV subjective. Ce questionnaire de 46 questions couvre parts d'intérêt: satisfaction et impact du traitement, préoccupations face au futur avec le diabète, et préoccupations sur l'effet de vie sociale de la maladie et une question directe sur la santé en terme général du personne. Un niveau> 60 points est considéré comme satisfaisant.

Résultats: 395 patients ont participé à l'étude. 139 (35%) hommes et 256 femmes. 97 (24.5%) DM type 1, âge moyen  $44.2\pm4.7$  ans, durée moyenne du diabète  $11.4\pm5.4$  ans, 177 (45%) des patients insulinotraités. HbA1c au départ 9.1±1.67%, 8.5±1.1% à six mois (p<0.05) et 8.02±1.23% (p<0.001) douze mois après. DQdV au départ 48±4.5, 65.2±5.7 à six mois et 73.1±3.5 à douze mois (p<0.05). La satisfaction avec le traitement et les préoccupations face au futur avec le diabète étaient les scores les plus améliorés à six et douze mois.

Conclusions: L'éducation thérapeutique et un outil important qui améliore de manière significative la QdV et l'équilibre métabolique des patients diabétiques

#### ABSTRACT 19

Utilisation de la carte conceptuelle dans l'accompagnement éducatif des patients diabétiques de type 2.

**Béatrice Reberot-Amory**, Jean-Marc Taupin, Nathalie Proust, Isabelle Floury, Marie Eteve-Van der Schueren Pôle de Prévention et d'Éducation du Patient C H Marie Curie 48 avenue du Général de Gaulle 02209 Soissons Cedex

Le Pôle de Prévention et d'Éducation du Patient de Soissons, structure dédiée à l'éducation thérapeutique, accompagne des patients diabétiques dans leur maladie. Afin d'explorer les connaissances et représentations des patients, nous utilisons un outil, la carte conceptuelle, qui nous aide à appréhender ces différentes dimensions.

A la faveur d'un entretien individuel, la carte conceptuelle est établie en débutant par un mot central « diabète ». Le patient va ensuite, à l'aide de mots et de liens de sens, révéler l'organisation de ses connaissances et représentations sur sa maladie, exprimer ses émotions vis-à-vis de cette maladie diabétique, expliquer ses comportements vis-à-vis de telle situation (hypoglycémie par exemple).

La relecture de la carte conceptuelle faite conjointement par le soignant et le patient nous révèle que le patient prend lui-même conscience des limites de ses connaissances. Elle va donc nous permettre de hiérarchiser les priorités dans le futur programme éducatif. Nous constatons également que la réalisation de cette carte conceptuelle renforce le patient dans sa motivation à améliorer ses connaissances. Elle permet par ailleurs l'expression d'émotions qui est le point de départ à une acceptation de la maladie. L'analyse des représentations va nous permettre d'apprécier les éléments facilitants ou limitants dans la compréhension, l'acceptation de la maladie. Nous utilisons ces différents éléments représentatifs au cours du programme éducatif afin d'aider le patient à améliorer la gestion de sa maladie.

La carte conceptuelle utilisée au Pôle de Prévention et d'Éducation du Patient de Soissons chez les patients diabétiques de type 2 les amène donc à une réflexion et une introspection sur leur maladie. La carte conceptuelle nous aide à apprécier le répertoire cognitif de la personne et nous permet alors de proposer une éducation adaptée aux besoins, préoccupations et projets de chaque patient.

Description des modalités de l'éducation thérapeutique dans les services publics ou privés spécialisé ou non en diabétologie : résultat d'une enquête préliminaire.

Helen Mosnier-Pudar<sup>1</sup>, Ghislaine Hochberg<sup>2</sup>, Johann Mathieu <sup>3</sup> Gérard Reach<sup>4</sup>, Dominique Simon<sup>5</sup>, Serge Halimi<sup>6</sup>.1 Service des Maladies Endocriniennes et Métaboliques - Hôpital Cochin – Paris 2 – Paris 3 TNS Health Care – Paris 4 Service de Endocrinologie Diabétologie - Groupement Hospitalier Universitaire Nord – Avicennes 5 Service de Endocrinologie

Diabétologie - Hôpital Pitié Salpétrière – Paris 6 Service de Endocrinologie Diabétologie -CHU - Grenoble

Afin de mieux comprendre comment s'effectue l'information et l'éducation des patients diabétiques dans les établissements publics et privés avec et sans service de diabétologie, une grande enquête nationale est en cours sur le WEB. Cette enquête quantitative a été précédée d'une étude qualitative pour produire une analyse descriptive et compréhensive du fonctionnement, des pratiques et des besoins des centres en matière d'éducation.

Méthodologie: 16 centres (4 diabéto-endocrinologie CHU/CHR, 3 diabétologie CHG/CH, 3 services hébérgés (non diabétologie) CHG/CH, 5 services hébergés cliniques privées, 1 maison du diabète) répartis dans 6 régions on participé à l'enquête. L'interview en face à face du médecin et IDE référent en ETP a porté sur: personnels impliqués et leur fonction, organisation matérielle et structurelle, formalisation des programmes et leur contenu, patients concernés, supports et outils utilisés, évaluation, attentes des soignants. <u>Résultats</u>: En moyenne 1344 patients, surtout diabétiques de type 2, on été hospitalisés en 2006 par service (655-2085), 60% ont bénéficiés d'une action éducative, dont 50% en groupe de 5 à 8 patients. Les séances ont lieu le plus souvent en hôpital de semaine, mais aussi des ateliers d'une demi journée sont proposées hors hospitalisation, plus rarement l'éducation se fait en hôpital de jour. Lorsque l'éducation est faite en groupe, le protocole est plus souvent formalisé et écrit (63 à 73 % selon les thèmes). En moyenne 18 professionnels par service interviennent dans les actions d'éducation. Le médecin diabétologue, l'infirmière et la diététicienne représentent le noyau dur de l'équipe. Podologue, aide soignante, éducateur médico-sportif, psychologue ne sont présents que dans une équipe sur 2. 75 % des IDE et 64 % des médecins considèrent avoir démarche centrée sur le patient (diagnostic éducatif et objectifs individualisés). 50 % donnent un document écrit créé par l'équipe. 75 % des équipes interrogées font une évaluation de l'atteinte des objectifs

<u>En conclusion</u>: Les différences de taille, de moyens, de recrutement, de culture, d'orientation entre les différents services de diabétologie hospitaliers, ainsi que la disparité historique dans la mise en place de l'éducation thérapeutique dans ces services expliquent une grande variété de comportements et d'organisation au delà d'attitudes éducatives consensuelles.



#### ABSTRACT 21

Formation des personnels impliqués en éducation thérapeutique dans les services publics ou privés spécialisés ou non en diabétologie : résultat d'une enquête préliminaire. Helen Mosnier-Pudar<sup>1</sup>, Ghislaine Hochberg<sup>2</sup>, Johann Mathieu<sup>3</sup> Gérard Reach<sup>4</sup>, Dominique Simon<sup>5</sup>, Serge Halimi<sup>6</sup>.1 Service des Maladies Endocriniennes et Métaboliques - Hôpital Cochin – Paris 2 Paris 3 TNS Health Care – Paris 4 Service de Endocrinologie Diabétologie - Groupement Hospitalier Universitaire Nord-Avicennes 5 Service de Endocrinologie Diabétologie - Hôpital Pitié Salpétrière - Paris 6 Service de Endocrinologie Diabétologie -CHU - Grenoble

Afin de mieux comprendre comment s'effectue l'information et l'éducation des patients diabétiques dans les établissements publics et privés avec et sans service de diabétologie, une grande enquête nationale est en cours sur le WEB. Cette enquête quantitative a été précédée d'une étude qualitative pour produire une analyse descriptive et compréhensive du fonctionnement, des pratiques et des besoins des centres en matière d'éducation

<u>Méthodologie</u>: 16 centres (4 diabéto-endocrinologie CHU/CHR, 3 diabétologie CHG/CH, 3 services hébérgés (non diabétologie) CHG/CH, 5 services hébergés cliniques privées, 1 maison du diabète) répartis dans 6 régions on participé à l'enquête. L'interview en face à face du médecin et IDE référent en ETP a porté sur: personnels impliqués et leur fonction, organisation matérielle et structurelle, formalisation des programmes et leur contentu, patients concernés, supports et outils utilisés, évaluation, attentes des soignants. Nous traiterions ici de la formation des soignantsRésultats: En moyenne 18 professionnels par service interviennent dans les actions d'éducation (extrêmes :11 en CH non spécialisé, 27 en CHU). Le médecin diabétologue, l'infirmière et la diététicienne représentent le noyau dur de l'équipe. Podologue, aide soignante, éducateur médico-sportif, psychologue ne sont présents que dans une équipe sur 2. 85 % des personnels ont reçu une formation en ETP toutes modalités confondus : 100% des médecins, 75% des IDE et diététiciens, 50% des aides soignants. Les plus souvent sont cités les diplôme universitaires, les formations du DELF, de l'IPCEM et proposées par les laboratoires. Le plus souvent les formations datent d'au moins 2 ans et il n'y a pas de formation continue. Dans les attentes 74 % des médecins et 79 % des IDE soulignent les besoins en formation dans les domaines suivants : évaluation, pédagogie, démarche éducative, approche psychologique, analyse des pratiques communications qui tous sont cités plus de une fois sur deux.

En conclusion : Même si la majorité des soignants ont bénéficié d'une formation spécifique en ETP, on constate qu'elle est relativement ancienne, très hétérogène et insuffisante. Une forte demande formation est exprimée par tous, médecins et IDE.

#### ABSTRACT 23

Évaluation de l'impact de l'insulinothérapie fonctionnelle (ITF) chez les patients diabétiques de type 1.

Audrey Salez, Sandrine Davaine, Magali Masclet, Régis Bresson

L'objectif de l'ITF est que le patient soit capable de gérer et modifier ses doses d'insuline en fonction de sa glycémie instantanée, ses repas, son activité physique afin d'obtenir un meilleur équilibre du diabète et une autonomie dans son mode de vie.

Les résultats attendus sont une amélioration de la qualité de vie, une diminution de l'HbA1C, une stabilisation du poids, une diminution des hypoglycémies, une amélioration des connaissances et pratiques des patients en diététique, activité physique et traitement. Les études réalisées utilisent comme critères d'évaluation de l'ITF la mesure de l'HbA1C, du poids et le nombre d'hypoglycémies sévères mais peu publient les effets de l'ITF sur la qualité de vie, le sentiment d'auto efficacité à court ou moyen terme.

Depuis 2005, le service d'Endocrinologie et Métabolismes du Centre Hospitalier de Douai a mis en place 11 semaines d'éducation à l'ITF avec des séances de suivi à 3 et 9 mois. Les temps forts de cette semaine éducative sont une épreuve de jeûne stricte ou glucidique de 24h et des ateliers interactifs animés par une équipe pluridisciplinaire : métaplan sur les avantages et inconvénients perçus à l'ITF, insuline « pour vivre », « pour manger », « pour se soigner », équilibre alimentaire selon le PNNS, calcul des glucides et de la dose d'insuline correspondante, activité physique. Une mise en pratique au restaurant clôture la semaine

Nous avons instauré une procédure évaluative globale non référencée. Nous utilisons des outils validés : un questionnaire de qualité de vie (Diabete Health Profil), un questionnaire d'auto efficacité, des mesures anthropométriques : poids, impédancemétrie, une mesure de l'HbA1C et un outil conçu par l'équipe : un questionnaire d'évaluation des connaissances et pratiques en diététique, activité physique et traitement.

Une cinquantaine de patients diabétiques de type1 ont participé aux semaines éducatives et ont ainsi été évalués à T0 : niveau de base (jour1 de la semaine éducative), à T+3mois (séance de suivi à 3 mois) et à T+9mois (séance de suivi à 9 mois).

Notre objectif est de vous détailler cette méthode évaluative globale non référencée et de vous en présenter les résultats à court et moyen terme ainsi que les relations de ces paramètres avec les critères biomédicaux classiques.

#### ABSTRACT 22

Le Ramadan : regards croisés patients médecins.

B. Gaborit, O. Dutour, F. Ouliac, C. Tréglia, F. Dadoun, A. Dutour-Meyer Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques, Hôpital Nord, Chemin des Bourrely, F-13015 Marseille. Service d'anthropologie, faculté de médecine de la Timone, Marseille.

Le jeûne du Ramadan, un des cinq piliers de l'Islam est un évènement majeur pour tous les musulmans. Le but de notre étude est d'analyser les attitudes des diabétiques et des médecins face au Ramadan.

#### Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale marseillaise réalisée en 2007 sur 101 diabétiques musulmans et 101 généralistes sous forme de questionnaires évaluant l'éducation thérapeutique des musulmans diabétiques, et les pratiques médicales.

#### Résultats

\$\frac{1}{15}\$ des patients font le ramadan (13,5 % de type 1, 86,5 % de type 2). Parmi eux, 34,6 % n'en ont pas parlé à leur médecin et 52,9 % en ont parlé mais outrepassent l'interdiction du médecin. 7,7 % préfèrent en parler à l'Imam plutôt qu'au médecin. 40,4% patients se mettent en danger physiquement pendant le Ramadan (diabète avec complications récentes sévères, Ramadan pendant la grossesse, refus de resucrage en cas d'hypoglycémie pour ne pas rompre le jeune (26%), traitement non adapté).

Sur 101 médecins généralistes, 85,1 % disent avoir parlé du Ramadan à leurs patients. 52,2 % conseillent à tous leurs patients diabétiques musulmans de ne pas le faire. Les patients qui décident quand même de jeûner, ne sont donc pas informés sur l'adaptation de leur traitement.

#### Discussion

'éducation thérapeutique du patient diabétique musulman est encore insuffisante en 2007 à Marseille. Les médecins s'inquiètent pour le non respect des conseils diététiques, l'aggravation de l'équilibre glycémique et des complications, avec quelquefois des interdictions systématiques discutables. Les patients quant à eux, s'inquiètent de déroger à l'acte de foi. Même si le Coran exempte les sujets malades, il est difficile de faire prendre conscience au patient qu'il est malade, et de le rendre moins fataliste face au jeûne.

Notre étude suggère de renforcer la formation médicale sur le Ramadan, et de modifier les pratiques cliniques en favorisant l'explication systématique des modifications thérapeutiques pour le patient.

## ABSTRACT 24

Apport du psychodrame analytique de groupe dans la prise en charge des diabétiques de type 1 en grande détresse psychologique.

uss unabetques ut type I en grande detresse psychologique.

M Khayat (1); M Ressel (2); C Gilbert (2); PY Benhamou (3); S Halimi (4); PARI (1) Pari, St Egrève, Grenoble, FRANCE; (2) Service D'Endocrinologie et de Diabétologie, Centre Hospitalier Universitaire, Grenoble, FRANCE; (3) Service D'Endocrinologie et de Diabétologie, Hôpital Universitaire de Grenoble, Grenoble, FRANCE; (4) Diabétologie Nutrition, CHU de Grenoble, Grenoble, France.

Les diabétiques de type I insérés socialement, peuvent présenter des séjours hospitaliers à répétition, liés à des états dépressifs majeurs et mise en grand danger, auxquels les psychothérapies classiques individuelles ont du mal à répondre ignorant les contraintes propre au DT1. Répondre à cette demande d'aide par la mise en place d'un psychodrame psychanalytique de groupe.

#### Patients et Méthode

DT1 des deux sexes, âgés de 25 à 50 ans, actifs mais différents dans leur acceptation de la maladie et la prise en charge du diabète. Certains manifestaient des comportements suicidaires interposé lors de difficultés affectives. Le psychodrame analytique est une technique alliant le jeu, le corps et le groupe. Figurer dans un espace scénique ce qui est dit par les patients. Remettre en scène les affects non dits, mettre en pensées, nommer et redonner vie à un processus psychique par les associations groupales utilisant le ressort de l'identification, la renarcissisation et l'étayage par le groupe lui-même, le jeu centré sur une problématique exposée par l'un des membres du groupe.

Un des résultats, parmi les plus significatifs, est le constat pour l'ensemble des participants de changements très rapides, tant dans les contrôles somatiques, que dans leur économie relationnelle. Ensemble ces patients sortent de cette néo-identité « être diabétique » derrière laquelle ils s'abritent. Se confronter à la diversité de prise en charge, mettre en évidence chaque fonctionnement psychique, communiquer en réseau associatif, redynamisent la vie psychique, offrant la possibilité d'identifier chez l'autre ce que l'on n'a pu reconnaître chez soi. C'est tout le travail d'appropriation subjective qui est en jeu.

Chez ces DT1 en grande souffrance, dépressifs voire à risque autolytique, la psychothérapie conventionnelle individuelle est souvent décevante. Ici l'étayage groupal permet un réel investissement thérapeutique chez des sujets enfermés dans leur solitude, le diabète servant d'écran tant persécuteur que protecteur. Ce travail devra être poursuivi et élargi dans le futur. Cette approche constitue une réponse non donnée par les approches individuelles.

#### ABSTRACT 25

Consultation d'accompagnement infirmier, évaluation des niveaux de risque et des acquis

B.Lecointre, M.Olocco, RESDIAB06

**CADRE :** mise en place d'une cs de suivi à RESDIAB06 assurée par des IDE forméesà la pathologie et à l'éducation thérapeutique(ET)sur la demande du médecin traitant (MT) dans le strict respect des compétences et des rôles de chacun.

**OBJECTIFS**: évaluer les facteurs de risques, les besoins et les acquis d'éducation et l'observance. Vérifier le respect du référentiel des examens de suivi et envisager les actions à

METHODE: 15 IDE du 06 ont suivi à resdiab une formation spécifique d'une journée, ont assisté à des cs avec une IDE experte, ont bénéficié d'un guide line d'aide à la cs. La comprend plusieurs parties: l'interrogatoire, l'identification des facteurs de risques, l'examen clinique, les acquis d'éducation, l'observance et les difficultés gênant la pratique du traitement, le recueil des examens médicaux pratiqués dans le cadre du parcours de soin et les actions effectuées au réseau. Ces renseignements sont recueillis sur une fiche de bilan envoyée au MT, après synthèse par le médecin diabétologue coordinateur.

POPULATION CONCERNEE : patients du réseau Lieu: le réseau, le cabinet de l'ide ou au domicile du patient. Durée:45 mn.

LES RESULTATS: 62 cs pratiquées par 12 IDE:17 patients avaient une gestion trop rigide,40 avaient la notion d'examens à pratiquer mais n'avaient pas intégré le parcours de soin,45 ne connaissaient pas leurs objectifs glycémiques,28 avaient des problèmes d'observance,41 avaient des besoins en ET spécifiques et ont été orientés vers les cs adéquates,4 situations urgentes ont été diagnostiquées.

CONCLUSION: Plus value incontestable pour le patient, le médecin et l'IDE.

Le patient : vérifie ses compétences et ses besoins, actualise ses connaissances sur la maladie et son traitement, intègre son parcours de soins, bénéficie d'une approche plus organisée de son suivi et d'un temps consultatif important.

Le médecin : trouve un support structuré du suivi de son patient, repense en «parcours patient», identifie et personnalise les actions à mener, intègre toutes les données pour interpréter et adapter son suivi.

*L'ide*: valorise son rôle éducatif et préventif, la positionne dans le parcours de soins, participe à l'amélioration des pratiques professionnelles.

à l'amélioration des pratiques professionnelles.

\*L'avenir: mise en place d'un coaching téléphonique basé sur les objectifs fixés à la fin de cette cs et évaluation de la satisfaction des MT, des IDE et des patients.

### Membres du Bureau du DELF

Ghislaine Hochberg: PRÉSIDENTE

Fabrice Lagarde : VICE-PRÉSIDENT

Anne-Marie Leguerrier : SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

Michel Gerson : SECRÉTAIRE ADJOINT

Séverine Vincent : Trésorière

Marie-Louise Leroyer : Trésorière Adjointe

#### Membres du CA du DELF

Ludivine Clement (2009)

Elisabeth Chabot (2010)

Claude Colas (2008)

Isabelle Debaty (2010)

Corinne Lefaucheur Vatin (2009)

Anne-Marie Leguerrier (2008)

Marie-louise Leroyer (2008)

Dominique Malgrange (2009)

Isabelle Debaty (2010)

Alain Denoual (2009)

Michel Gerson (2009)

Dominique Malgrange (2009)

Monique Olocco (2009)

Alfred Penformis (2010)

Ghislaine Hocberg (2008) Pascal Pichavant (2009)
Nathalie Jourdan (2009) Marc Popelier (2010)

Fabrice Lagarde (2009) Chantal Stuckens (2008)

Sylvie Laroche (2008) Séverine Vincent (2008)

#### 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)

#### 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



# Diabète Education de Langue Française

SECTION FRANCOPHONE DE DIABETES EDUCATION STUDY GROUP

# Formations du DELF à l'Education du Patient Avec le soutien de l'ALFEDIAM

7 modules indépendants ouverts à tous les soignants médecins ou non médecins déjà impliqués en éducation du patient ou voulant l'être.

## 1. Diagnostic éducatif : jeudi 14 février 2008

<u>Objectif général</u>: Déterminer les principaux facteurs (psychologiques, sociaux, comportementaux) influençant le problème de santé, nécessaires pour mettre au point des objectifs éducatifs partagés.

## Objectifs intermédiaires :

DIAGNOSTIC EDUCATIF

- ✓ Identifier les représentations sociales et les perceptions individuelles des patients ;
- ✓ Synthétiser les éléments du diagnostic éducatif ;
- ✓ Identifier les freins et les ressources du patient ;

**O**BJECTIFS EDUCATIFS PARTAGES AVEC LE PATIENT

- ✓ Définir ce qu'est un objectif objectif SMART ;
- ✓ Identifier les objectifs prioritaires;
- ✓ Négocier des objectifs.

## 2. Conduite d'un entretien : jeudi 13 et vendredi 14 mars 2008

<u>Objectif général</u>: acquérir les techniques permettant de conduire un entretien en éducation thérapeutique. Approche de la relation soignant - soigné.

## Objectifs intermédiaires :

- ✓ Observer et interpréter ;
- √ Utiliser un même langage;
- ✓ Expliquer un concept complexe;
- ✓ Décoder le langage non verbal ;
- ✓ Identifier les barrières à l'écoute et leurs conséquences ;
- ✓ Reformuler et Clarifier :
- ✓ Adopter une attitude facilitant une meilleure communication.

# 3. Le patient face à la maladie chronique : jeudi 17 avril 2008

<u>Objectif général</u>: appliquer le modèle de la maladie chronique dans la prise en charge des patients

## Objectifs intermédiaires :

- √ faire la différence entre les modèles de la maladie chronique et maladie aiguë,
- ✓ identifier les stades d'acceptation de la maladie,
- ✓ adapter son discours à la situation de maladie chronique,
- √ adapter son approche pour la mise en évidence d'objectifs commun avec le patient,
- √ aborder l'annonce de la maladie chronique

## 4. Modèles de changement de comportement : jeudi 5 juin 2008

<u>Objectif général</u> : Intégrer les modèles de changement de comportement. <u>Objectifs intermédiaires</u> :

- ✓ Identifier les difficultés des patients à adopter les changements de comportement ;
- ✓ Connaître la capacité du patient à faire face à une nouvelle situation ;
- ✓ Reconnaître les facteurs intervenant dans la mise en œuvre d'un nouveau comportement;
- ✓ Explorer l'ambivalence;
- ✓ Explorer le système d'attribution causale ;
- ✓ Mesurer le sentiment d'efficacité personnelle.

## 5. Entretien motivationnel: jeudi 18 septembre 2008

<u>Objectif général</u>: susciter la motivation à un changement de comportement. Repérer les facteurs déterminants la perception d'un problème de santé chez le patient.

## Objectifs intermédiaires:

- ✓ Comprendre le changement ;
- √ Faire ressortir le discours changement ;
- ✓ Travailler avec la résistance ;
- ✓ Evaluer l'importance et la confiance du patient.

# 6. Typologie des comportements : jeudi 9 octobre 2008

<u>Objectif général</u>: Savoir adapter son action éducative aux différents types de profils comportementaux.

## Objectifs intermédiaires :

- ✓ Connaître les différents types de profils comportementaux ;
- ✓ Identifier les différents types comportementaux ;
- ✓ Analyser le comportement pour identifier les types ;
- ✓ Adopter une attitude adaptée.

# 7. L'adulte apprenant : jeudi 20 et vendredi 21 Novembre 2008

<u>Objectif général</u>: Acquérir les méthodes pédagogiques de base nécessaire à la démarche ne éducation thérapeutique.

## Objectifs intermédiaires :

- ✓ Organiser des séances pédagogiques
- ✓ Animer un groupe
- ✓ Utiliser des supports pédagogiques.

Pour tout renseignement:
Diabete-education.org (site)
Delf.sa@orange.fr (adresse courriel)



# Diabète Education de Langue Française

SECTION FRANCOPHONE DE DIABETES EDUCATION STUDY GROUP

# INSCRIPTION POUR L'ANNEE 2008 A DIABETE EDUCATION de LANGUE FRANÇAISE

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

<u>Droits d'inscription</u> : 20 euros  Ces droits permettent d'être membre du DELF et de recevoir le journal "Diabète Education"									
Libellez votre chèque à l'ordre du "DELF"  Souhaitez-vous un justificatif?   OUI   NON									
Merci de bien vouloir remplir vos coordonnées									
NOM		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •							
Prénom									
Adresse									
Code Postal									
Téléphone									
Télécopie									
E-mail (très important)									
Groupe régional .									
Profession  Médecin  Infirmier( Diététicien  Autre		☐ Psychologu ☐ Podologue ☐ Pédicure		Activité(s)  Hospitalière Libérale Autre					

Merci d'adresser ce bulletin accompagné de votre règlement :

D.E.L.F.

88, rue de la Roquette - 75544 PARIS Cedex 11

Dr Ghislaine Hochberg, DELF, 9 rue Eugéne Gibez 75015- paris, Email : <a href="mailto:ghp@noos.fr">ghp@noos.fr</a>; fax :01 45 42 44 16 Adresse postale du DELF : 88 rue de la Roquette 75011- Paris

# 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\*

30mg

DIAMICRON 30 mg

Comprime a Liberation Modifiée

Comprime to la fertiente Sour

Decorate y a prepara per PO Combinary

Comprime y Preparation Wilders

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'a-glucosidase,

plus de 65 ans et chez les insumsants renaux moderes 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 giclázide 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 : 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 allim., 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 énalagril), autres antitiab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H2, IMAO, sulfonamides et AINS ; diminuent l'effet hypogly. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoides, tétracosactide ; en IV : ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte : anticoagulants. GROSSESE 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, trouble, gastro-intest. Plus rares, régressant à l'arrêt du trait : érup. cutanéomuq, 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 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<sup>s</sup> h puis évoluent en plateau entre la 6<sup>s</sup> et

moutidienne 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 conditio. 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.

