DIABÈTE ÉDUCATION

SANTE EDUCATION
VOLUME 18 - N° 3
Septembre 2008

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

édito

LE BLUES DU PATIENT :

LA MALADIE CHRONIQUE ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :

CHRONIQUE D'UN ABANDON ANNONCÉ !

OU QUAND L'URGENCE DE LA MALADIE AIGUE FAIT PLACE À LA DÉSESPÉRANCE DU *TEMPS* DE LA MALADIE CHRONIQUE.

NOTRE système de santé répond à l'aigu : garde, centre 15, SAMU, Service d'Urgence,... Engage des moyens parfois disproportionnés, mais adaptés aux situations extrêmes. Concentration de moyens, de compétences, accès aux avis spécialisés...
La qualité de la prise en charge est susceptible de canaliser l'anxiété de ce *patient spectateur.*

Comment passe t-on de l'aigu au chronique ?

La légitimité des soignants :

les critères cliniques et biologiques autorisent le transfert de ce *patient patient* vers une unité « froide » avec la gratification narcissique de la mission réussie.

La réactance du patient : ce transfert rupture le renvoie vers un isolement non préparé, anxiogène ou le deuil de la presque bonne santé antérieure doit s'associer à celui de la perte de la considération médico technique, avec sa connotation de sécurité, de soutien.

Cet abandon bienveillant du soignant peut il être à l'origine d'une distanciation passive et figée du patient envers sa pathologie ?

L'exemple de l'éducation thérapeutique :

Les journées d'éducation sont par construction une prise en charge aigue de par leur intervenants multiples, leur compétences complémentaires, leur disponibilité mis au service de ce patient enfin reconnu avec ses pairs.

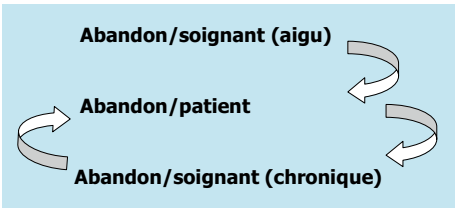
Une des justifications de l'éducation thérapeutique peut alors être un moment clé de cette vie de patient impatient, déclencheur de la prise de conscience de la réalité de la chronicité du risque.

La rupture non accompagnée d'avec ce groupe identifiant avec lequel il a pu s'exprimer de manière permissive le renvoie vers ce confort de statut de malade en bonne santé construit avec l'encouragement de son entourage.

L'éducation thérapeutique peut elle alors chez certains patients être délétère ?

Comment gérer le temps du passage de l'aigu au chronique ?

Pour le soignant comment éviter de perdre du temps en n'en prenant pas ?



Le médecin traitant, pivot du suivi, avec toutes ses missions : médicales, biologiques, accompagnement, écoute, empathie...
... est il préparé, formé, disponible ?

L'éducation thérapeutique n'est qu'un continuum ou nous " spécialistes " n'intervenons que quelques heures dans la vie de ce patient qui va consacrer le reste de la sienne à vivre le moins mal possible avec sa ou ses maladies chroniques.

La formation des médecins généralistes et des soignants de proximité, impliqués dans le cadre de la maladie chronique, doit être une priorité en particulier au sein des réseaux.

Un relais est possible, indispensable :

- Proposer une continuité dans le temps,
- Proportionnelle avec les moyens développés,
- Avec des consultations à un rythme annoncé,
- Une fréquence adaptée à l'évolution dans le travail d'acceptance ; fréquence minimale nécessaire ;
- Multiplier les intervenants : médecin généraliste, spécialistes, paramédicaux ...
- Trouver le bon tempo soignant soigné ;
- Préparer à la séparation ;
- Rester disponible ;

Proposer une suite ;
Donnez du temps !

Dr Christian Meyer
Service de Médecine Interne Diabétologie,
Centre Hospitalier - 53 000 LAVAL

SOMMAIRE

Éditorial : Le Blues du patient ..... P. 1
Christian Meyer

Vu pour vous : Trouver chaussure à son pied ..... P. 3
C. Cupelli, M. Boucherie

Testé pour vous : Film d'éducation en arabe dialectal ..... P. 6
A. Chibani

Diabète et Pédagogie : Patient et soignant : qui éduque l'autre ? .. P. 7
Brigitte Sandrin-Berthon

De la théorie à la pratique : Diabète et observance : comment devenir acteur d'une nouvelle alliance ? ..... P. 10
Aude Lepresle

Lu pour vous : Les mots des derniers soins ..... P. 13
Jean-Christophe Mino, Emmanuel Fournier, Cécile Fournier

Vie du DELF : Compléments d'article sur DVD - le Diabète de type 2 - en langue Vietnamienne ..... P. 15

PATIENTS À RISQUE CARDIOVASCULAIRE : PRÉVENTION, ÉDUCATION ; NOUVELLES APPROCHES

[Patients with cardiovascular risk: Prévention, éducation; new approaches]

17 Novembre 2008
Muséum d'histoire naturelle

Sous la présidence du Dr Marc Danzon,
directeur OMS Europe

13h30 - 14h00

INTRODUCTION : OMS ET MALADIES CHRONIQUES
*[**Introduction** : WHO and chronic diseases]*
Par le **Dr Marc Danzon**

14h00 - 15h30

LES ENJEUX DE LA PRÉVENTION
*[**The stakes of prevention**]*

Président de séance : **Pr Daniel Thomas**, *Institut de cardiologie Centre Hospitalo-Universitaire de la Pitié-Salpêtrière, Paris*

• **Etude InterHeart : Enseignements et perspectives**
[Interheart Study : learning and perspectives]
Par le **Pr Matthew McQueen**, *Université Mac Master, Ontario, Canada*

• **Prise en charge des maladies chroniques : enseignements des expériences étrangères**
[Taking on chronic diseases]
Par **Pierre-Louis Bras**, *Inspecteur général des affaires sociales*

• **Financement de la prévention dans les maladies chroniques: Concevoir des approches innovantes**
[Financing prevention of chronic diseases : innovative appoaches]
Par le **Pr Isabelle Durand-Zaleski**, *Responsable de l'Unité évaluation-études à l'Hôpital Henri Mondor, directeur scientifique à l'Institut d'étude des politiques de santé*

15h30 - 16h00 Pause

16h00 - 17h50

LES STRATÉGIES D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉDUCATION DES PATIENTS : EXPÉRIENCES EN COURS
[Strategies for accompanying and educating patients ; Current experiments]

Président de séance : **Pr Eric Bruckert**,
Service Endocrinologie-métabolisme, Centre Hospitalo-Universitaire de la Pitié-Salpêtrière, Paris

• **Approche multidisciplinaire de prévention au Royaume-Uni**
[Multidisciplinary prevention approach in the UK]
Par le **Pr David Wood**, *Imperial College London, UK*

• **Un projet d'Evaluation de l'Education thérapeutique individuelle et collective des patients à risque cardiovasculaire en médecine générale (ETHICCAR)**
[A project for evaluating individual and collective therapeutic education in general practice]
Par le **Pr Bernard Gay**, *Département de Médecine générale, Université Victor Segalen Bordeaux 2*

• **Le rôle des industriels du médicament dans les programmes de prévention**
[The pharmaceutical industry's role in prevention programmes]
Par le **Dr Philippe Tcheng**, *Directeur Stratégie et Affaires Publiques, SanofiAventis France*

Conclusion

Ce colloque est destiné :
- aux professionnels de santé impliqués dans les programmes d'accompagnement et éducatifs,
- aux institutions (réseaux de santé, centres de santé, hôpitaux),
- aux associations de malades,
- aux pouvoirs publics (services de l'Etat, collectivités territoriales)
- aux organismes d'Assurance Maladie ...

Inscription : 60 Euros

Renseignements :
Myriam Mellot : 01 41 46 08 44 - myriam.mellot@edusante.fr

Organisé par :

éduSanté

2, rue de la République - 92170
Vanves - Tél. : 01 41 46 08 44
edusante@edusante.fr
www.edusante.fr

Avec le parrainage de :

Société Française d'Athérosclérose

Organisme de formation agréé n° 11921328592
N° Agrément des Conseils Nationaux de FMC : 100 080

Vu pour vous

Trouver chaussure à son pied

C. Cupelli (PH CHG Cannes) - M. Boucherie (IDE CHG Cannes)

DE la tong à l'escarpin, formes rondes et formes pointues, bouclerie, bijoux, strass, ruban, noeud, effets plissés... La chaussure, objet de mode se décline sous différentes facettes pour le plaisir et la coqueterie féminine.

"Elément d'habillement dont le rôle est de protéger les pieds" (Définition wikipédia), cet objet qui se veut de plus en plus fantaisiste, devient vite expression de souffrance, identification de "LA" maladie chez nos patientes diabétiques compliquées d'amputations ou à très fort risque.

Les chiffres sont là, un grand nombre de patients et patientes diabétiques présentent des pieds à haut risque (artéritique et/ou neuropathique, grade 2 et 3) et sont souvent hospitalisées pour traitement des lésions de ses pieds. L'apparition de ces plaies pourrait être prévenue par l'application des règles de soins des pieds dont l'une est primordiale : le port de chaussure adaptée.

NOTRE REFLEXION :

Depuis la création récente de notre service (tout juste un an), la prise en charge des plaies de patients diabétiques nous a permis de constater que la récidive des lésions des pieds en particulier chez nos patientes, était très largement favorisée par l'inobservance du port de chaussure adaptée.

Ce problème d'observance trouve sa source dans le défaut de compréhension et/ou d'acceptation de la pathologie. Il ne s'agit pas d'un déni ouvertement exprimé bien sur mais de la mise en avant de "prétexte" : les chaussures ne sont pas esthétiques ni féminines ; *"ce sont des chaussures de diabétiques", "elles sont laides, grosses".*

Or nous savons qu'une chaussure mal adaptée peut frotter, blesser, comprimer des pieds devenus fragiles, et de ce fait augmente le risque de complications (morbidité/hospitalisation/amputation).

Mais de même que pour tout handicap, l'appareillage spécifique est souvent vécu comme une contrainte utilitaire et donc rejeté.

NOS MOTIVATIONS :

Quel décalage constaté entre les envies de mode de nos patientes diabétiques et les objectifs de prévention qu'imposent les pieds à risque !

Un challenge pour l'équipe d'éducation de notre service nouvellement crée : concevoir un programme de prévention sur la prise en charge de ces pieds fragiles et motiver les patientes au port de chaussures adaptées tout en respectant leur qualité de vie.

NOTRE OBJECTIF :

Favoriser le port de chaussures adaptées et/ou orthopédiques, tout en valorisant l'image de soi, de son corps, et en préservant la qualité de vie et le confort.

LE POSTULAT :

Ces femmes sont soucieuses de leur apparence, elles ont envies de mode. Mais comment concilier les impératifs fantaisistes des stylistes et ceux essentiels de l'observance ? Deux points ont attiré notre attention :

- La chaussure est actuellement considérée comme un accessoire de mode à part entière, elle se voit, se montre.
- parallèlement, le recours à la customisation est une tendance forte véhiculée par tous les magazines féminins (annexe 3).

NOTRE PROPOSITION :

L'amélioration de l'observance passera par l'amélioration du regard porté par ces patientes sur leur "pied à risque".

Leur fournir le moyen de personnaliser leurs chaussures à travers un "KIT DE CUSTOMISATION", leur permettrait de rester à la mode tout en exprimant leur talent.

En se réappropriant à travers leur créativité ces chaussures jusque là vécues comme « marquées par la maladie », elles se ré-concilieraient avec leur image et accepteraient ; plus facilement de les porter, adhérant aux prescriptions du médecin diabétologue.

RÉALISATION DU PROJET :

Rééquilibrer la marche grâce au trépied : diabétologue/infirmière/podologue.

Ce trio identifie initialement les causes de non observance (annexe 1) et propose un projet élaboré avec la patiente avec comme support un dossier de suivi (annexe 2).

Le podologue réalise ensuite, s'il y a lieu et sur prescription, les chaussures adéquates dotées ou non de semelles amovibles.

L'infirmière d'éducation aide la patiente à personnaliser et embellir la chaussure prescrite à l'aide de motifs de décoration (rubans, feutrines adhésives, faux-vrais boutons, lacets colorés, scratchs adaptables, boucles...) de sorte qu'une paire de chaussures en devienne plusieurs (annexe 4).

Il est important que la patiente se sente encadrée et accompagnée, depuis le diagnostic jusqu'à la mise en œuvre, par l'équipe soignante : diabétologue, infirmière, podologue, infirmière libérale, médecin traitant...

CONCLUSION :

Nous croyons à ce projet :

- Parce qu'il n'est pas excessivement onéreux et que le rapport coût/efficacité nous parait satisfaisant en regard de l'amélioration de la qualité de vie de nos patientes,
- Parce que « la recherche sur l'organisation des soins aux patients diabétiques de type 2 n'en est qu'à ses débuts » (Pr A.Grimaldi) et chaque équipe de diabétologie se doit d'être un précurseur de création de projets,
- Parce que nous parlons de grades, de plaies, d'HbA1c, de traitements mais nous parlons aussi d'hommes, de femmes qui souffre de devoir vivre avec une « maladie définitive » ;
- Parce que ce projet pourrait être un petit pas dans leur longue marche vers l'avenir.

ANNEXE 1 DOSSIER DE SUIVI / SAVOIR

NOM : **PRENOM :** **DATE DE NAISSANCE :**
ACTIVITE PROFESSIONNELLE :
ORIGINE ETHNIQUE :
DIABETE TYPE 2 DEPUIS :
TRAITEMENT :

CONDITIONS DE VIE (PRÉCARITÉ, NUTRITION, HABITAT) :
REPRESENTATION DU DIABETE ET SAVOIR (dans le but de dépister un déni de chronicité) :

DATES DES ENTRETIENS :
-
-
OBSERVANCE DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ET RESULTATS (HbA1c) : DATES :
-
-
EXISTENCE DE DIFFICULTES? LESQUELLES ?

ENTRETIEN SUR L'OBSERVANCE :

A) IDENTIFIER LES CAUSES DE LA NON-OBSERVANCE :
- QUELLE EST LA REELLE CONNAISSANCE A CE JOUR DE LA PATHOLOGIE ?

- LE PATIENT CONNAIT-IL REELLEMENT LES ENJEUX DE L'OBSERVANCE ET LES CONSEQUENCES DE LA NON-OBSERVANCE ?

- QUEL EST SON DESIR D'AUTONOMIE? SON IMAGE DE LUI-MEME? SON PROJET DE VIE?

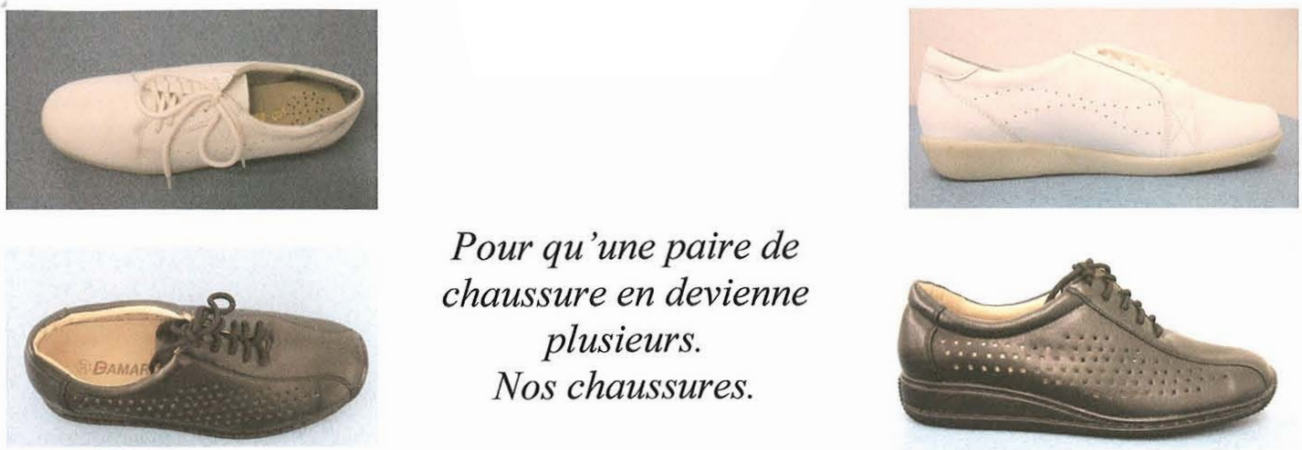
B) ACCOMPAGNER LE PATIENT QUANT À SON DESIR DE PRISE EN CHARGE :
- CALENDRIER DES SOINS DE PODOLOGIE
- CONSULTATIONS MEDICALES/IDE

ANNEXE 2 DOSSIER DE SUIVI / SUR LA PRISE EN CHARGE DES PIEDS

NOM : **PRENOM :** **DATE DE NAISSANCE :**
ORIGINE ETHNIQUE :
DIABETE TYPE 2 DEPUIS :
TRAITEMENT :

ENTOURAGE AFFECTIF :

DATE	TROUBLES	PORT CHAUSSURES (nbre de jours/semaine)	PORT SEMELLES (nbre de jours/semaine)	PODOLOGIE	TEST



Pour qu'une paire de chaussure en devienne plusieurs.
Nos chaussures.

Testé pour vous

Film d'éducation en arabe dialectal : « On découvre un diabète »

Avec le concours de l'Hôpital Avicenne et des laboratoires Novo Nordisk.

Dr Abdelkader Chibani, Centre Hospitalier de Gonesse

Descriptif de l'outil :

OUTIL d'éducation élaboré par l'équipe de diabétologie de l'Hôpital Avicenne en dialecte algéro-marocain. Le DVD s'adresse aux patients diabétiques d'origine maghrébine.

Le film est réalisé sous forme de scénettes faisant intervenir les différents acteurs concernés : médecin, diététicien, infirmière, entourage du patient.

Le DVD est organisé en 14 situations mettant en scène « Omar », diabétique de la cinquantaine interprété par un charismatique acteur algérien depuis la découverte et l'annonce de sa maladie jusqu'à la prise en charge de sa pathologie :

1 - Signes annonciateurs : définitions, généralités du diabète, comment diagnostiquer le diabète

2 - Risques si l'on ne prend pas en charge le diabète

3 - Que faut-il faire ? rôle du médecin dans l'explication de la pathologie

4 - Intérêt de l'alimentation équilibrée

5 - Intérêt de l'activité physique et de la perte de poids

6 - Traitement médicamenteux

7 - Qu'est-ce que l'insuline

8 - Intérêt des surveillances quotidiennes des glycémies

9 - Suivi régulier chez le médecin

10 - Techniques d'injection de l'insuline

11 - Techniques d'autosurveillance

12 - Éducation des patients

13 - Surveillance des pieds

14 - On peut vivre normalement en étant diabétique

Commentaires :

Ce DVD résume l'essentiel de ce que doit savoir un patient suite à la découverte de son diabète. Il est certes impossible de tout expliquer mais ce film a le mérite de traiter de manière succincte les axes essentiels de la prise en charge d'un diabétique.

Le film étant réalisé en dialecte « algéro-marocain », la diabétologue s'adressant à la journaliste en arabe classique, le patient en arabe algérien, la diététicienne en dialecte marocain, les patients d'origine tunisienne vont-ils comprendre les dialogues ?

Comment définir les conditions de visionnage du film : en individuel ou en groupe ?

Le contenu simple et facile à comprendre est donc accessible au maghrébin « moyen ».

Pour se procurer le DVD :

laboratoires novo nordisk,
30 rue de Valmy, Le Palatin,
92800 La défense 12,
0800 80 30 70.

Membres du Bureau du DELF

Ghislaine Hochberg :	Présidente
Fabrice Lagarde :	Vice-Président
Anne-Marie Leguerrier :	Secrétaire Générale
Claude Colas :	Secrétaire Adjointe
Séverine Vincent :	Trésorière
Elisabeth Chabot :	Trésorière Adjointe

Membres du CA du DELF

Ludivine Clement (2009)
Elisabeth Chabot (2010)
Claude Colas (2008)
Isabelle Debaty (2010)
Alain Denoual (2009)
Michel Gerson (2009)
Ghislaine Hocberg (2008)
Nathalie Jourdan (2009)
Fabrice Lagarde (2009)
Corinne Lefaucheur Vatin (2009)
Anne-Marie Leguerrier (2008)
Claire Le Tallec
Dominique Malgrange (2009)
Monique Olocco (2009)
Fred Penformis (2010)
Pascal Pichavant (2009)
Marc Popelier (2010)
Gérard Reach
Dominique Serret-Begue
Séverine Vincent (2008)
Juliette Cahen-Varsaux
Sylvaine Clavel
Caroline Martineau

Directeur de la Publication :
Serge Halimi, 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.D,unant, 91100 Corbeil
Tél 01 60 90 30 86

Rédacteur en Chef :
Monique Martinez, CH de Gonesse, 25 rue Pierre de Theilley, BP 71, 95503 Gonesse
Tél 01 34 53 27 53

Comité de Rédaction :

Clara Bouche (Paris) • **Alina Ciofu** (Montargis) • **Cécile Fournier** (Paris)

Hélen Mosnier-Pudar (Paris) • **Julie Pélicand** (Bruxelles)

Dorothée Romand (Paris) • **Julien Samuel Lajeunesse** (Paris)

Fabrice Strnad (Pontoise) • **Martine Tramoni** (Neuilly s/Seine)

EN LIGNE SUR LE SITE INTERNET DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ : L'ACTUALITÉ DU PLAN POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES

Vous pourrez désormais retrouver toute l'actualité du Plan pour l'amélioration de la Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques sur le site Internet du Ministèrede la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative qui reprend notamment des études, avis, rapports, outils et liens utiles.

Sur la page d'accueil du ministère, ce dossier thématique est indexé à **M** pour **Maladies chroniques – Qualité de vie.**

Pour accéder directement à ce dossier, vous pouvez suivre le lien suivant :

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/maladies-chroniques/plan-qualite-vie-personnes-atteintes-maladies-chroniques-2007-2011.html

Ce dossier sera actualisé en routine, une fois par mois, et plus selon l'actualité et les contributions des différents partenaires de ce Plan (ministères, régimes d'assurance maladie, agences, associations de patients...).

Les documents ou outils en ligne doivent avoir été, au préalable, validés par l'organisme contributeur et agréés par le ministère chargé de la santé.

diabète et pédagogie

Patient et soignant : qui éduque l'autre ?

(Article publié dans Contact Santé, n° 225, février-avril 2008, pp. 43-45)

Brigitte Sandrin Berthon[1]

Des témoignages de soignants

En évoquant leur travail auprès de patients atteints de maladie chronique ou de handicap, les professionnels de santé témoignent souvent de ce qu'ils apprennent au contact de ces personnes, en particulier quand ils enrichissent leur démarche de soins d'une dimension éducative.

Par exemple, à propos de son travail aux côtés de familles confrontées à la naissance d'un enfant gravement malade ou handicapé, une infirmière impliquée dans un programme spécifique d'intervention écrit : « Aujourd'hui, je me souviens encore de ne pas avoir eu conscience de ce que j'allais découvrir. Je me suis immiscée dans une aventure sans savoir que je ne serais plus jamais la même après cette expérience d'apprentissage, ni comme personne ni comme infirmière. Je me suis alors inscrite dans ce que j'appelle maintenant un apprentissage perpétuel des expériences familiales uniques et propres à chacune d'elles. J'ai alors compris que seuls leurs histoires et leurs bagages pouvaient m'aider à les aider. »[2]

Dans un tout autre domaine, la participation de quelques patients atteints d'artérite à l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique a modifié la représentation que les soignants avaient de ce type de malades : ils les décrivaient initialement comme des tabagiques invétérés, peu compliants, individualistes et fatalistes, sans motivation pour arrêter de fumer ou marcher régulièrement. En les rencontrant et en les écoutant dans un cadre inhabituel, ils les ont peu à peu considérés comme des partenaires à part entière.

Les soignants ont perçu le décalage entre les critères médicaux d'évaluation de la maladie et la perception par le patient de sa qualité de vie. Ils ont reconnu leur besoin d'être écoutés et d'être accompagnés. Ils ont perçu l'écart entre les explications qu'ils pensent délivrer aux patients et ce que les patients en retiennent, par exemple à propos de la chirurgie ou du suivi à long terme. Ils ont découvert que les personnes atteintes de cette même maladie trouvaient de l'intérêt à se réunir pour échanger entre elles.[3]

La question posée dans le titre de cet article, aussi provocatrice qu'elle puisse apparaître en première lecture, mérite donc d'être approfondie.

L'éclairage philosophique

La plupart des équipes qui pratiquent l'éducation thérapeutique affichent pour ambition d'accroître l'autonomie des patients. Or, au plan philosophique, le concept d'autonomie s'enracine dans celui de réciprocité. « La relation humaine fondamentale, écrit Jean-François Malherbe, est celle de l'accouchement mutuel. Un enfant ne devient lui-même qu'avec l'aide de son père et de sa mère. Une femme ne devient mère qu'avec l'aide d'un homme et la présence d'un enfant. Un homme ne devient père qu'avec l'aide d'une femme et la présence d'un enfant.

[1] Médecin de santé publique, Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon, Présidente de la Commission Maladies chroniques et incapacités au sein du Haut Conseil de la santé publique.

[2] Pelchat D, Lefebvre H. Apprendre ensemble. Le PRIFAM. Programme d'intervention interdisciplinaire et familiale. Chenelière Education, 2005.

[3] Sandrin-Berthon B, Carpentier PH, Quéré I, Satger B. Associer des patients à la conception d'un programme d'éducation thérapeutique. Santé publique, vol. 19, 2007-4, pp 313-322.

●●● *suite page 5*

Plus généralement, nous ne devenons nous-mêmes qu'à partir de la convocation d'autrui et de son appui. L'être humain est essentiellement maïeutique, tour à tour obstétricien et accouché. [...] Nous sommes toujours insérés dans une structure de réciprocité. C'est sans doute là le fait humain le plus fondamental. »[4] A partir de ce principe de réciprocité, l'auteur formule ainsi l'impératif éthique fondamental : « Agis en toutes circonstances de façon à cultiver l'autonomie d'autrui et la tienne se développera par surcroît. » Si, par son action éducative, le soignant parvient à promouvoir l'autonomie de la personne malade, sa rencontre avec le patient lui permettra de progresser lui-même sur le chemin de l'autonomie. L'éducation se fera bien dans les deux sens.

Quel modèle de relation thérapeutique est compatible avec la quête d'autonomie ? En 1956, des sociologues américains, Szasz et Hollender présentaient la « participation mutuelle » comme un modèle de relation médecin malade particulièrement adapté aux situations dans lesquelles le patient doit prendre en charge lui-même son traitement et l'adapter aux différents événements de sa vie quotidienne. Ils regrettaient toutefois que ce type de relation soit « essentiellement étranger à la médecine », notamment parce que chacun est prisonnier de son rôle social : celui de médecin ou celui de patient. Que nous le regrettions ou non, en tant que médecins, nous avons été formés à savoir pour autrui et le patient qui fait appel à nous attend que nous lui disions ce qui est bon pour lui. Cela conduit à une relation paternaliste du type « direction-coopération » qui ne favorise pas l'autonomie : le médecin est dans une situation d'autorité vis-à-vis de son patient et celui-ci l'admet volontiers, voire le revendique : « Docteur, c'est vous qui savez. »

La « participation mutuelle » est à rapprocher du « modèle synergique » décrit par Jean-François Malherbe, où le thérapeute et la personne qu'il soigne représentent « deux volontés de santé qui conjuguent leurs efforts spécifiques en vue d'atteindre un objectif commun ». Selon l'auteur, seul ce modèle permet aux deux interlocuteurs de progresser sur le chemin de l'autonomie.[5] Ce partenariat entre le soignant et le soigné questionne profondément l'identité même du médecin. Cela peut être très déstabilisant et donc provoquer de grandes résistances. Je ne suis plus « celui qui sait pour l'autre », je suis « celui qui doit découvrir avec l'autre ce qui est le mieux pour lui »... sans renier mon savoir médical évidemment.

Cela suppose un changement de rapport au savoir scientifique : il s'agit de passer de la transmission d'un savoir (du médecin au patient ou du maître au disciple, dans le cadre d'une relation binaire) à la médiation[6]. Dans le cadre d'une relation triangulaire, le médecin va servir de médiateur entre le savoir savant et le patient, lui aussi détenteur d'un savoir que l'on pourrait qualifier de profane (pas toujours) et d'intime.

Il va aider le patient à s'approprier les éléments du savoir scientifique qui lui seront utiles. Cette médiation est au cœur de la démarche éducative. Mon objectif n'est pas de rendre le patient plus savant mais de l'aider à utiliser le savoir savant que je possède. Ce savoir savant n'a d'intérêt pour le patient que s'il peut lui donner du sens par rapport à son histoire personnelle : les connaissances médicales résultent d'études statistiques et celles-ci n'ont aucun sens à l'échelle d'un individu particulier. Si le médecin s'assimile au savoir qu'il détient, il n'y a plus d'espace de négociation avec le patient.

Or, actuellement encore, la formation initiale des médecins les prépare mieux à prendre en charge les pathologies aiguës qu'à accompagner les personnes atteintes de maladie chronique. Tout l'enseignement est fondé sur le résultat d'études randomisées, dans lesquelles il faut à tout prix éliminer les biais, la subjectivité, autrement dit le facteur humain.

Le médecin, au cours de sa formation, n'apprend pas à être un thérapeute (encore moins un éducateur). Il est symptomatique d'observer que la plupart des médecins ne s'incluent pas dans la communauté des soignants, réservant ce terme aux professionnels paramédicaux.

Le partenariat ou la participation mutuelle ne masquent pas que la relation thérapeutique est une relation asymétrique (notamment parce que le patient demande de l'aide et que le professionnel de santé est rémunéré pour la lui apporter). Mais c'est une relation d'équivalence morale qui se traduit notamment par la réciprocité des apprentissages. Le médecin apprend de ses patients tout autant que le patient apprend de son médecin.

Un essai de modélisation

Dans un effort de modélisation de la réciprocité éducative, Labelle décrit corrélativement les activités du formateur et celles de l'apprenant qui vont permettre à l'un et à l'autre de « penser en leur nom propre », autrement dit de gagner en autonomie.[7] Bolly et Grandjean, respectivement médecin et infirmière, décrivent quant à elles une démarche de soins éthique, centrée sur le récit du patient : leur approche narrative vise à « créer une alliance entre le savoir du soignant et le récit du patient pour co-élaborer une suite à son histoire, une histoire qui ait du sens ».[8] En situant l'éducation thérapeutique à la rencontre du monde des soins et du monde de l'éducation, on peut tenter de conjuguer ces deux modèles : il s'agit de décrire une démarche éducative intégrée aux soins et promotrice d'autonomie pour le patient et pour le soignant.

Reconnaissons d'abord que le savoir ne se transmet pas, il s'élabore. « Les paroles que [le formateur] prononce, les mots qu'il écrit, les gestes qu'il pose, ne sont que des signes matériels qui ne contiennent qu'en puissance la science à acquérir. C'est à partir de ces signes que, par une opération active, celui qui apprend produit cette science en lui et par lui-même. [...] Le savoir n'est pas un objet mais une suite d'opérations qui combinent l'expérientiel et le réflexif. ».[9]

Entre patients et soignants, de quelle nature sont les savoirs qui s'élaborent ? Si le patient et le soignant s'éduquent l'un l'autre, quels sont leurs apprentissages respectifs ? On peut tenter de les décrire en même temps que l'on décrit les activités de chaque partenaire qui vont permettre leur production.

---

4 Malherbe JF. Autonomie et prévention. Artel-Fides, Bruxelles, 1994, 190 p.

5 Malherbe JF, op. cit.

6 Develay M. A propos de l'éducation du patient. In Sandrin-Berthon B (sous la dir.) L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris, PUF, 2000, pp 185-198.

7 Labelle JM. La réciprocité éducative. Paris, PUF, 1997, 312 p.

8 Bolly C, Grandjean V. L'éthique en chemin : démarche et créativité pour les soignants. Paris, L'Harmattan, 2004, 262 p.

9 Labelle JM, op. cit.

●●●

●●● *suite page 6*

La démarche d'éducation thérapeutique semble s'inscrire dans un dialogue en trois temps :

1. Le soignant invite le patient à s'exprimer et l'écoute de manière non sélective. Le patient fait le récit de sa vie avec la maladie, dévoile ses émotions, ses connaissances, ses questionnements. « Par les termes qu'il choisit, il représente et transmet son expérience, il propose aux événements un ordre cohérent et significatif, il donne forme à son vécu. » Le soignant cherche à comprendre, le mieux possible, le point de vue du patient, son ressenti. Il s'applique à reconnaître pour lui-même les émotions et les jugements spontanés que le récit du patient fait naître en lui. Le savoir qui s'échange alors peut sans doute être qualifié de savoir d'humanité.
2. Le soignant oriente le patient vers des sources d'information où il pourra trouver des éléments de réponse aux questions qu'il se pose. Le patient cherche, tâtonne, se documente. Il arrive qu'il oriente lui aussi le soignant vers de nouvelles sources d'information. Le savoir qui s'acquiert alors est un savoir scientifique.
3. Le patient utilise, expérimente le savoir qu'il a acquis. Le soignant valide les conditions de l'expérience. Il en engrange les résultats forgeant ainsi, au fil du temps et des patients qu'il rencontre, sa propre expérience. Le savoir en jeu est un savoir d'expérience.

C'est en parcourant ces différents niveaux de savoirs (savoir d'humanité, savoir scientifique, savoir d'expérience) que le soignant et le soigné s'éduquent en réciprocité et gagnent en autonomie. En élaborant progressivement des réponses à la situation de crise provoquée par la maladie, en prenant des décisions concertées, ils créent ensemble un nouveau savoir, né de leur rencontre singulière.

Retour à la pratique

Une démarche d'éducation thérapeutique dont la finalité est de promouvoir l'autonomie repose sur plusieurs convictions qu'il vaut mieux rendre explicites :

- Le patient et ses proches d'une part, les professionnels de santé d'autre part, disposent de compétences spécifiques.
- L'expertise des uns et des autres et leur collaboration sont nécessaires pour construire des solutions adaptées à la situation particulière du patient.
- Chaque professionnel reconnaît que ses avis, ses manières de réagir et d'intervenir auprès des patients ne sont pas le fruit de sa seule formation médicale mais également forgés pas son histoire personnelle, ses émotions et ses valeurs.

Par ailleurs, accompagner un patient dans une démarche d'éducation thérapeutique nécessite, me semble-t-il d'aménager des moments de bilan partagé au cours desquels il s'agit toujours :

- d'évaluer ensemble (la situation du patient, l'atteinte des objectifs, le bien fondé d'une décision antérieure...)
- et de convenir (de priorités, d'objectifs, de la participation à un atelier collectif, d'un changement de traitement, d'un plan d'action...)

Un premier entretien permet au soignant d'expliquer ses intentions éducatives et la démarche proposée, d'être à l'écoute du patient dans sa complexité et sa singularité, d'évaluer avec lui sa situation (dans toutes ses dimensions : médicale, psychologique, familiale, professionnelle, sociale...) puis de convenir avec lui de priorités et d'un plan d'action.

Dans les entretiens suivants il s'agira toujours de confronter les préoccupations du patient et celles du soignant, d'analyser le chemin parcouru depuis la précédente rencontre et, à nouveau, de convenir d'un plan d'action.

Ces « bilans éducatifs partagés » concrétisent la collaboration, l'alliance entre le professionnel et le patient. Ils constituent aussi un cadre qui garantit la réciprocité de l'éducation. Chacun - soignant ou malade - construit, dans son échange avec l'autre, sa propre expérience et progresse sur le chemin de l'autonomie. Ces moments privilégiés d'échanges devraient rythmer le suivi à long terme des personnes atteintes de maladie chronique. Le terme de bilan éducatif partagé me paraît préférable à celui de « diagnostic éducatif », si souvent utilisé dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient. D'une part, dans le monde du soin, le diagnostic renvoie, qu'on le veuille ou non, au diagnostic établi par la seule équipe médicale : c'est le point de vue que le professionnel porte sur l'état de santé du patient. Le risque est donc que les soignants posent et énoncent un diagnostic éducatif de la même façon qu'ils posent et énoncent un diagnostic médical, puis qu'ils prescrivent au patient les compétences qu'il devra acquérir ou les comportements qu'il devra adopter de la même façon qu'ils prescrivent un traitement ou des examens complémentaires.

D'autre part, et notamment quand il s'agit de maladie chronique, le diagnostic est le plus souvent établi une fois pour toutes. Quand on pose un diagnostic de diabète ou d'insuffisance cardiaque par exemple, on ne le remet généralement pas en question à chaque nouvelle consultation, même si la maladie évolue, se stabilise ou se complique. La démarche éducative suppose une approche globale (ou bio-psycho-sociale) de la santé, donc la reconnaissance d'une dynamique permanente chez le patient. Le terme de diagnostic éducatif ne facilite pas l'appropriation par les soignants de la démarche éducative, sans doute parce qu'il n'est pas assez en rupture avec la démarche habituelle de diagnostic médical et de prescription.

Pour mener avec le patient un entretien approfondi qui permet d'établir un bilan éducatif partagé, l'utilisation d'un guide d'entretien constitué de quelques questions ouvertes permet aux soignants de s'entraîner à pratiquer une écoute non sélective. Ils apprennent ainsi à changer de posture. Il ne s'agit plus pour eux « d'inculquer au patient de nouvelles compétences, ni de le rééduquer en fonction de normes arbitraires, mais de l'aider, par le biais de la relation, à retrouver ses capacités et à s'équilibrer dans le cadre de sa personnalité afin de l'aider à faire face à sa maladie. »

Nombreux sont alors les médecins et autres soignants qui rapportent que cette nouvelle façon de s'entretenir avec les patients modifie profondément la représentation qu'ils ont de la maladie, de la personne malade et de leur propre rôle professionnel.

10 Morasz L. La souffrance dans la relation soignant-soigné. In Traité de psychologie de la santé, Paris, Dunod, 2002, pp. 405-424.

de la théorie à la pratique

Une jeune étudiante en médecine explique comment elle s'est appuyée sur une approche théorique – celle de l'engagement – pour essayer de comprendre une partie des difficultés et ressources d'un patient et pour lui proposer une démarche d'éducation et d'accompagnement adaptée.

Diabète et observance : comment devenir acteur d'une nouvelle alliance ?

Aude Lepresle (1), avec un commentaire par Gérard Reach, Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques, Hôpital Avicenne APHP, Bobigny, et EA 3412, CRNH-Idf, Université Paris 13, Bobigny.
(1) Externe, Etudiante en Médecine (D2), Faculté de Médecine (UFR-SMBH) de Bobigny

Le but de ce texte est de montrer, en utilisant le concept *d'engagement*, comment le patient et le soignant peuvent devenir acteurs d'une nouvelle alliance afin d'améliorer l'observance thérapeutique dans le traitement du diabète.

Le cas clinique

Nous partirons du cas de Mr K, 55 ans, hospitalisé pour déséquilibre de son diabète (hémoglobine glyquée, 8,5 %). Ses antécédents familiaux n'ont pu être retrouvés, car Mr K. dit ne plus avoir aucun lien familial. Il ajoute qu'il ne sait pas si sa mère est encore en vie. En plus de son diabète, il a pour antécédents personnels une hépatite C active non traitée, une insuffisance cardiaque mixte, une hypertension artérielle équilibrée sous traitement.

Mr K. est d'origine algérienne et vit seul dans un hôtel. Son loyer est assuré par une aide prioritaire au logement et une allocation de la COTOREP. Il ne peut bénéficier de la CMU car il gagne 30 euros de trop par mois. Sa consommation tabagique est estimée à 75 paquets année et il présente une intoxication alcoolique non sevrée. Son activité physique est tributaire des sommes qui lui restent à la fin du mois. Il a comme principal traitement un biguanide pour son diabète, des diurétiques, des beta-bloquants, du potassium, un somnifère. La seule complication retrouvée de son diabète est une rétinopathie minime débutante de l'œil gauche. A son arrivée dans notre service, une insulinothérapie a été mise en œuvre en raison de glycémies très élevées. On lui donne un carnet où il note quotidiennement ses glycémies et fait lui même ses injections après qu'une infirmière lui ait montré comment procéder. On met en oeuvre une prise en charge par un hépatologue pour son hépatite C chronique active non traitée.

A la fin de l'entretien et de son examen physique, Mr K. me parle de son désir de trouver un « endroit où se reposer ». Il sollicite mon aide à plusieurs reprises dans ce but.

Le concept d'engagement

J'utiliserai ce cas clinique pour tenter de montrer comment il est possible d'appliquer la théorie de l'engagement, telle qu'elle a été formulée par Robert-Vincent Joule et Jean-Léon Beauvois[1], aux tentatives visant à améliorer l'observance thérapeutique. Ce concept concerne non seulement l'engagement du patient mais aussi celui du soignant.

La théorie de l'engagement (*commitment* en anglais) a été développée par Charles Kiesler en 1971. Ce dernier définissait l'engagement comme « le lien qui existe entre l'individu et ses actes ». Kiesler parle « d'actes comportementaux », insistant sur le fait que seuls nos actes nous engagent, et non nos idées ou nos sentiments. Il souligne également le fait que l'on peut être engagé à des degrés divers. Entre alors en compte la notion de libre décision.

Joules et Beauvois en approfondissent l'étude en remarquant qu'il est plus engageant de faire quelque chose quand autrui nous regarde et quand on décline son identité ; on est plus engagé lorsque l'acte a été répété à de nombreuses reprises qu'à sa première réalisation ; un acte plus coûteux pour un individu est plus engageant qu'un acte qui l'est moins. Enfin, et ce peut être significatif pour notre propos, il est possible de créer des degrés divers du sentiment de liberté dans la prise décisionnelle en utilisant un langage précis ou en jouant sur les contraintes externes.

L'analyse de situations empiriques[2,3] a en effet conduit à un constat étonnant : les sujets se comportent de la même manière dans une situation de libre choix et dans une situation de contrainte. Joules et Beauvois expliquent ce constat par la notion de « sentiment de liberté ». Il ne s'agit pas de liberté objectivement constatable mais d'une liberté ressentie. Ainsi, les auteurs développent l'idée d'une « soumission librement consentie » : « dans toutes les situations qui nous occupent, le sujet est amené à réaliser le comportement que l'on attend de lui dans un contexte qui garantit son sentiment de liberté et qui exclut toute représentation de soumission ». Il s'agit donc de l'adhérence sociale de l'individu à son acte.

Quels sont alors les effets que produit l'engagement ? Si l'on considère les actes dits non problématiques, définis par des actes conformes à nos motivations et nos idées, l'engagement d'un individu rend sa conduite plus stable et plus résistante dans le temps, il permet également de le rendre plus résistant aux possibilités de changements ultérieurs.

●●●

●●● *suite page 8*

Le concept d'engagement et l'observance thérapeutique

A l'évidence, ces notions peuvent se révéler prégnantes si l'on tente de les appliquer à la problématique de l'observance, particulièrement dans la prise en charge d'un patient souffrant d'une maladie chronique comme le diabète.

Ainsi, si les circonstances produisent l'engagement, alors, rendre un acte *engageant*, c'est en organiser les circonstances. Dans ce cas, dans notre pratique médicale quotidienne, améliorer l'observance, c'est peut-être tenter de rendre *engageant* l'acte de prendre son traitement ou de suivre des règles hygiéno-diététiques. Mais il apparaît aussi que, dans ce processus, deux acteurs sont engagés : dans le cadre de l'acte thérapeutique, ce seront le patient et le soignant.

L'engagement du patient

Une étude de 2002 de l'Université de Virginie[4] montre la forte association existant entre le niveau de l'hémoglobine glyquée ou HbA1c et le degré d'observance dans une population indigente et souligne la nécessité pour ces populations, délaissées par le système de soins, d'être prises en compte par les institutions gouvernementales. Dans ce cadre, la Haute Autorité de Santé (HAS) s'est interrogée sur la notion d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques[5] en s'appuyant sur un texte de 1996 élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé[6]. Les objectifs de l'éducation thérapeutique ont été largement définis : « aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Il s'agit donc d'acquérir des compétences d'auto-soins, de les maintenir et de favoriser la mobilisation de compétences d'adaptation. A propos de ces compétences d'adaptation l'OMS désigne « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir des capacités à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci ».

Comment Mr K. allait-il pouvoir réussir dans la prise en charge de son diabète puisque toute son histoire personnelle montre de son incapacité à modifier son environnement, et, par conséquent, son comportement ? La notion d'engagement, telle qu'elle est décrite ici, ne suggère-t-elle pas que le fond du problème est de réussir à créer les circonstances qui le rendent capable de s'engager dans la prise en charge de son diabète et lui permettent de gérer sa situation sociale ?

L'engagement du soignant

Ici également, l'HAS a défini une liste de qualités et de compétences que se doit d'avoir le professionnel de santé : des compétences relationnelles et notamment la reconnaissance des ressources du patient et de ses capacités d'apprentissage ; des compétences pédagogiques, organisationnelles et biomédicales. Le soignant se doit de connaître parfaitement la pathologie qui existe chez son patient et doit s'astreindre à réévaluer régulièrement ses connaissances. Le médecin qui voit pour la première fois un patient doit établir ce que la haute autorité nomme « diagnostic éducatif ». Il s'agit pour le soignant de connaître les ressources du patient et d'identifier les situations de précarité. Ce diagnostic éducatif ne se conçoit que dans une perspective évolutive, il doit s'adapter aux circonstances de vie du patient afin de rendre son engagement le plus total possible et favoriser ainsi son observance thérapeutique.

En essayant d'ôter au mot manipulation toute connotation péjorative, la question est donc bien de se demander comment il est possible de « manipuler les circonstances de l'engagement » ? On a insisté sur le rôle joué par une simple poignée de main, une présentation au patient en déclinant son nom, son prénom et sa fonction dans le service, et sur l'importance d'appeler le patient par son nom. D'autres auteurs soulignent les différences de représentations existant entre les patients et leurs soignants et relèvent la nécessité d'utiliser des mots simples, de prendre son temps pendant l'examen physique et l'entretien relatant l'historique de la maladie, de montrer au patient son désir de communiquer avec lui et de tenir au courant de ses intentions, d'élaborer un projet commun, bref d'établir un lien de confiance[8].

En conclusion nous dirons que l'engagement est nécessairement bilatéral. Pour le soignant, favoriser l'engagement de son patient au respect des prescriptions médicales, c'est mettre à l'épreuve son propre engagement dans la volonté de voir son patient bien vivre avec sa maladie. Cet engagement passe nécessairement par la lutte de ses propres représentations du patient et de sa maladie. Une étude a montré de façon étonnante que 50 % des diabétiques n'avaient jamais entendu parler de l'HbA1c ; or 47 % des patients diabétiques de type 2 non insulino-traités se déclaraient prêts à entamer un traitement par insuline sur la simple recommandation de leur médecin[9].

Ainsi, rendre les circonstances d'une prise de décision engageantes, c'est mettre en œuvre une éducation thérapeutique dans un lieu garantissant confort et sécurité et excluant toute idée de soumission et de contrainte. Mr K. souhaitait un lieu pour se reposer. Il avait bien compris que sa situation précaire ne lui permettait pas de prendre en compte son diabète, ce qu'il faisait parfaitement dans notre service. Nous avons donc sollicité auprès des institutions sociales un séjour en soin de suite et de réadaptation. Mais mettons nous en garde de nos espérances : tout n'est pas gagné pour Mr K. Il s'agira pour nos équipes soignantes de consolider les engagements pris de part et d'autre et de faire comprendre à Mr K. qu'il peut gérer son existence dès lors que les moyens lui en sont donnés.

Commentaire (G. Reach)

Une difficulté de la prise en charge d'une maladie chronique est liée à son caractère indéfini. Le patient, non seulement doit se traiter, mais il doit le faire indéfiniment. C'est ici que la notion d'engagement apparaît intéressante. Je me sens engagé dans la prise de mon traitement si j'ai réussi à créer un lien entre ce geste thérapeutique et mon moi. Cet engagement traduit le fait que ce geste est important pour moi. Le philosophe Harry Frankfurt, dans son livre *The importance of what we care about*, définit ainsi ce qui est important pour nous : c'est ce dont nous avons le souci. Frankfurt remarque que le fait qu'on ait le souci de quelque chose implique qu'on se projette dans le futur[10]. Ceci prend une signification particulière si on considère le cas spécifique du soin de soi comme traitement d'une maladie chronique. En anglais, le mot souci se dit *care*. *Care*, c'est le souci, mais spécifiquement en médecine, c'est le soin.

●●●

●●● *suite page 9*

Si on suit Aude Lepresle dans son application de la notion d'engagement à la pratique du soin, dans ce cas, se sentir *engagé* dans le cadre d'un geste thérapeutique, c'est avoir décidé que ce geste est important, qu'il mérite qu'on s'en soucie. Ce geste devient alors, et seulement alors, un élément du soin, du *care*.

Un élément important de son texte est la notion en apparence paradoxale de « soumission librement consentie ». La notion est paradoxale, dans la mesure où elle semble impliquer que l'engagement revient à accepter une relation de soumission à autrui. En médecine, cela pourrait conduire à accepter le concept de paternalisme. D'ailleurs, quand on lit le titre de la première référence de son texte *« Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens »*, on peut se demander si non seulement réussir à faire faire aux gens ce qu'ils ne seraient pas tentés de faire spontanément, mais en plus réussir à les faire penser qu'ils en ont pris eux-mêmes la décision, n'est pas purement et simplement une manipulation. Que faudrait-il penser alors de l'Education Thérapeutique, dont, au fond, c'est bien l'ambition ?

D'ailleurs, Robert Vincent Joule écrit « qu'il est vain de tabler sur les vertus de la séduction, de l'autorité et de la persuasion lorsque l'on recherche des effets à long terme ou lorsque l'on souhaite peser à la fois sur les comportements et sur les idées des gens. Reste un moyen : le recours aux procédures de soumission librement consentie [...] Leur intérêt est de conduire à la responsabilisation des acteurs qui en arrivent à modifier librement leur comportement et à intérioriser les traits ou les valeurs qui vont en assurer la pérennité. Ces connaissances –comme toutes les connaissances scientifiques- peuvent être mises au service des causes les plus nobles comme au service des causes les plus sombres. C'est dire l'enjeu éthique. »[11]

En fait le paradoxe disparaît donc si on accepte l'idée, très bien montrée dans le texte d'Aude Lepresle, que l'engagement implique non seulement le soigné, mais aussi le soignant. Ceci pourrait suggérer qu'il n'y a pas de soigné sans soignant. D'ailleurs, comme elle le rappelle, il est « plus engageant de faire quelque chose quand autrui nous regarde et quand on décline son identité. » Ceci suggère que l'engagement implique non seulement l'expression de mon moi (je décline mon identité), mais aussi l'existence d'autrui qui me regarde. Si l'engagement implique également le soignant, cela veut dire alors que, pour lui aussi, l'accomplissement du geste thérapeutique par le soigné est *importante*, qu'il doit en avoir le souci, comme dirait Frankfurt : il s'y est *engagé*.

Il devient alors éthiquement légitime d'utiliser la notion d'engagement et le concept de soumission librement consentie comme moteur dans l'éducation thérapeutique et la recherche d'une meilleure observance, *à condition de toujours se souvenir de l'enjeu éthique dont parle Joule.* De fait, un travail réalisé récemment à Lyon, a montré l'intérêt d'appliquer la théorie de l'engagement à l'observance à la surveillance d'un traitement anticoagulant[12].

Aude Lepresle a intitulé son texte : *Diabète et observance, comment devenir acteur d'une nouvelle alliance ?* La notion d'engagement pourrait permettre de comprendre le sens véritable de la notion d'alliance thérapeutique. Et l'idée qu'elle a eue d'utiliser ses lectures sur la notion d'engagement pour aborder la question de l'observance, chez un patient qui lui demandait de l'aider, montre qu'elle en a déjà (en D2 !) compris l'enjeu.

Références :

1 Joule RV, Beauvois JL, Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens, Edition Presses Universitaires de Grenoble, 2002, p.73.

2 Zimbardo PG., The cognitive control of motivation. The consequences of choice and dissonance. Glenview, Scott and Foressman, Illinois,1969.

3 Beauvois JL, Rationalization and internalization : the role of internal explanations in the generalization of an obligation, Swiss Journal of Psychology, 2001;60: 223-239.

4 Schectman JM, Nadkarni MM, Voss JD, The association between diabetes metabolic control and drug adherence in an indigent population, Diabetes Care 2002; 25:1015-1021

5 Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, www.has-sante.fr

6 Therapeutic Patient Education -Continuing education programme for health care providers in the field of chronic disease-". www.has-sante.fr

7 Makoul G, Zick A, Green M, An evidence-based persepctive on greeetings in medical encounters, Arch Intern Med.2007;167:1172-1176.

8 Hurst JW, What do good doctors try to do ? Arch Intern Med.2003;163:2681-2686.

9 Enquête SHARED (Survey comparing Healthcare professionals and patients to Assess Real perceptions on Diabetes issues), http://www.sanofi-aventis.com/Images/051114_shared_survey_fr_tcm23-11642.pdf

10 Frankfurt HG, The importance of what we care about, Cambridge University Press, 1988, p. 83.

11 http://www.cenego.com/publications/t_joule.pdf

PARTICIPEZ AU DEBAT ! FORUM INTERNET DE LA SFSP SUR LES QUESTIONS TOUCHANT AU DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN FRANCE

Dans la continuité de la publication du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, nombreux sont les travaux menés actuellement en France sur le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

La Société Française de Santé Publique (SFSP), qui mène une réflexion sur l'organisation du système de santé en France, a co-organisé en juin 2008 avec le ministère de la santé un colloque visant à faire un état des lieux et à confronter les expériences dans le domaine de l'accompagnement et l'éducation thérapeutique des patients. A la suite de cette manifestation, la SFSP a souhaité faire des recommandations concernant les questions de définition, de formation des acteurs, de détermination des bénéficiaires et d'organisation des pratiques.

Afin de permettre à toute personne intéressée de participer au débat concernant ces questions, un forum de discussion régulé est accessible sur le site Internet de la SFSP. Ce site permet d'accéder librement à plusieurs éléments :

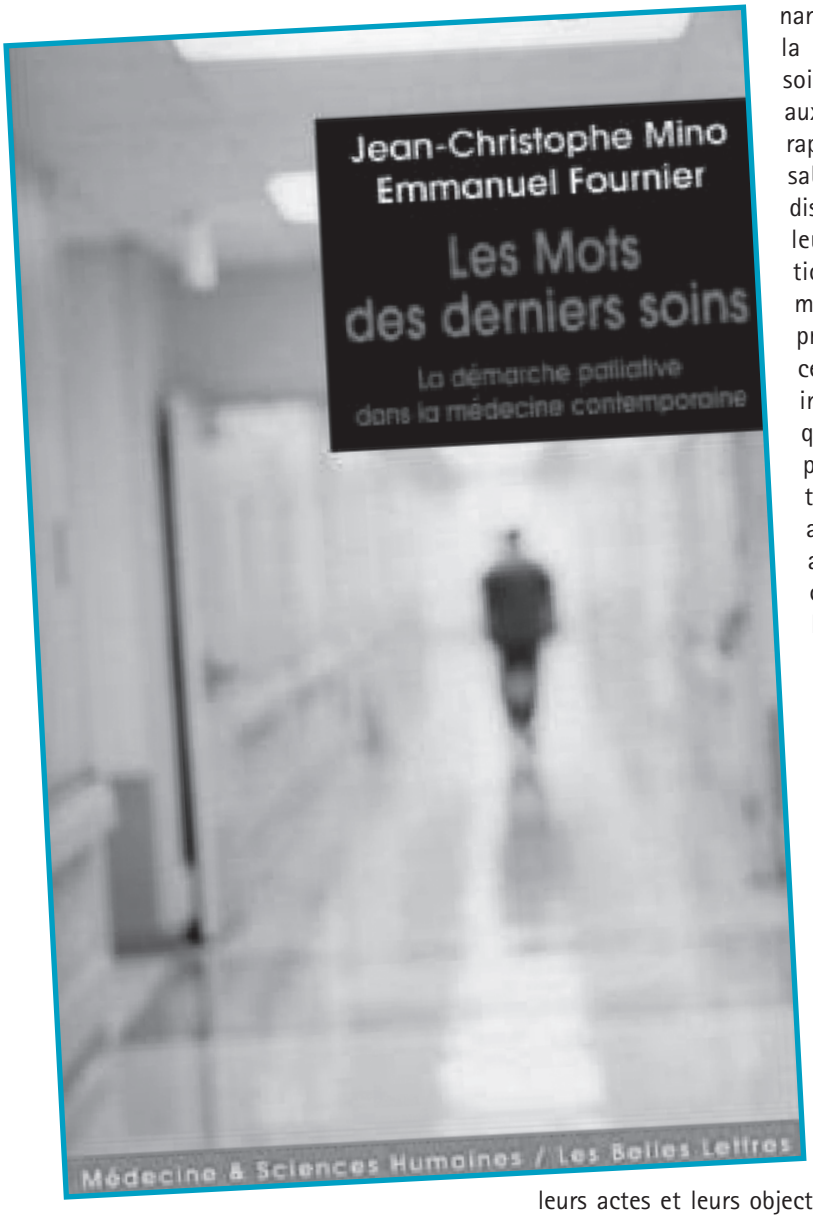
* Accès à un dossier thématique regroupant différents documents concernant l'éducation thérapeutique du patient, y compris les diaporamas des intervenants au colloque du 9 juin 2008 « Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : quels enjeux ? quelles perspectives de développement ? »
  http://www.sfsp.fr/manifestations/manifestations/infos.php?cmanif=6&cpage=1
* Accès aux 10 recommandations de la SFSP émises le 13 juin 2008, sous la direction de François Bourdillon et Jean-François Collin
  http://www.sfsp.fr/manifestations/pdf/RecoETP.pdf
* Accès au forum de discussion (qui nécessite une inscription reposant sur la création d'un identifiant et d'un mot de passe)
  http://www.sfsp.fr/forums/info_forum.php

Lu pour vous

Jean-Christophe Mino, Emmanuel Fournier. "Les mots des derniers soins. La démarche palliative dans la médecine contemporaine." Paris, Editions Les Belles Lettres (collection Médecine et Sciences Humaines), 2008.

Par Cécile Fournier

QUELS soins donne-t-on à un malade dont on sait qu'il est condamné, à court ou moyen terme ? Et que dit-on que l'on fait ? Que dit-il, lui, qui est placé dans l'incertitude profonde de son sort ? L'entend-on ? Comment l'entendre ? Et que lui répondre ? Bien souvent les questions qui se posent à l'approche de la mort sont laissées au non-dit par les soignants. Et les silences se creusent entre pudeur et impuissance, respect et fuite, compréhension et angoisse.



Pour briser le silence, sans imposer un discours, ce livre manifeste une attention originale : en donnant largement la parole aux soignants et aux malades, il rappelle inlassablement la dissymétrie de leurs situations, insurmontable par principe. Mais ce faisant, il interroge ce qui se dit de part et d'autre, libérant ainsi une autre voie, celle de l'écoute comme possibilité et foyer de relations porteuses de sens.

De ces rapprochements de paroles et des multiples hésitations des soignants à définir leurs actes et leurs objectifs, il ressort que la mission même de la médecine demande à être repensée afin de fonder une « médecine de l'incurable », appelée à orienter la prise en charge d'un nombre grandissant de patients âgés ou malades chroniques pour lesquels la médecine n'a pas de certitude ou n'a pas d'espoir de guérison. »

Les questions explorées dans ce livre rejoignent celles que se posent quotidiennement les personnes engagées dans l'éducation des patients atteints de maladies chroniques. Comment passer d'une médecine faite pour lutter contre la maladie à une médecine faite pour accompagner la vie avec la maladie, c'est-à-dire promouvoir la santé du patient telle que lui-même la conçoit ? Comment permettre au patient de ne plus être seulement objet de soins, mais de devenir pleinement sujet de sa santé ? Comment passer d'une démarche de prescription à une démarche d'éducation, où patient et soignant apprennent l'un de l'autre et décident ensemble ?

Les mots des derniers soins qui nous sont soumis nous entraînent très loin : les mots de soignants, retranscrits dans leur réalisme et leur fragilité tels qu'ils ont été énoncés lors d'entretiens de recherche, et les mots de patients, reconstruits ici sous la forme d'une pensée philosophique incisive et lucide « qu'autorise l'expérience de la maladie mortelle », font état de ce tâtonnement, de cette médecine qui s'invente, et provoquent la réflexion. Ils touchent le lecteur au plus profond, quelles que soient les situations, vécues ou anticipées, dans lesquelles il se projette tout à tour : patient, proche d'une personne malade ou décédée récemment, médecin, infirmière, aide soignante, auxiliaire de vie, ou simple mortel.

« Un livre inhabituel donc, et d'autant plus nécessaire pour tous ceux, malades potentiels, accompagnants ou soignants, qui se demandent que faire et que dire lorsque l'intime d'une existence unique est exposé à l'épreuve de la maladie et de la mort. »

Thermes de Brides les Bains
la référence pour maigrir

PRIX DE PROJETS DE RECHERCHE

Appel à candidature 2008

NUTRITION

Objet

Ce prix a pour objet de récompenser un projet de recherche dans le domaine de la Nutrition de l'Obésité et du Thermalisme en lien avec l'obésité et/ou la nutrition.

Les travaux pourront concerner une recherche clinique, épidémiologique, expérimentale dans le domaine de la nutrition et/ou de l'obésité et/ou du thermalisme en lien avec l'obésité et/ou la nutrition, et être réalisés dans des disciplines variées : médecine, sociologie, psychologie, physiologie.

Conditions

- Les critères retenus pour le dépôt du dossier sont :
  - . clinicien ou chercheur de moins de 35 ans.
  - . le projet ne doit pas avoir été déjà exécuté ni publié

Modalités

Demander un dossier de candidature aux Thermes de Brides les Bains
BP 14
73573 BRIDES LES BAINS
e-mail : n.negro@thermes-brideslesbains.fr

Dotation

2 prix de 10 000 au maximum seront décernés annuellement en septembre – octobre lors des Journées de Nutrition de Brides les Bains.

Ouverture de l'appel à candidature : 1er mai 2008

Jury

Le jury sera constitué de 5 membres :

- . Président : Jean-Michel Lecerf Lille
- . Clinicien : Olivier Ziegler Nancy
- . Chercheur : Max Lafontan Toulouse
- . Sociologue : Jean-Pierre Poulain Toulouse
- . Psychiatre : Bernard Waysfeld Paris

Clôture de l'appel à candidature : 30 mars 2009

Contact : jean-michel.lecerf@pasteur-lille.fr

vie du delf

Compléments de l'article : Testé pour vous : DVD « le diabète de type 2 » en langue Vietnamienne sous-titré en Français.

C'EST avec étonnement et grand plaisir que nous avons lu l'article de Fabrice STRNAD, diététicien centre hospitalier de Pontoise, dans la rubrique testée pour vous, journal du DELF juin 08.

Tout d'abord nos sincères remerciements pour l'intérêt que tu as porté à notre DVD et à la population vietnamienne diabétique comme pour tes encouragements. Ton article est tout à fait pertinent et objectif. Nous regrettons seulement, que ce DVD n'ait pas été exploité avec le support écrit que nous remettons personnellement aux professionnels.

Nous voudrions apporter quelques correctifs sur le groupe de travail et aussi répondre aux points soulevés par tes interrogations.

1ER POINT DE CORRECTION : GROUPE DE TRAVAIL

Film vidéo éducatif de 37 mn.
pour les patients vietnamiens D.N.I.D
(En version originale
Sous-titrage en français et en anglais)
Titre : Le diabète de type 2

Marie-Marguerite Girard
Infirmière Hôpital de jour Médecine 78
Hôpital régional de Gonesse
Conception – Réalisation

Régine Clavery
Infirmière-conseil : Service Médecine B
Hôpital Lariboisière
Collaboratrice

Dr Phan Sy Quoc
Conception – acteur « cours des patients »
Département vasculaire-diabétologie
Hôpital Villiers-Saint-Denis,

Dr Monique Martinez
« Notre coach » – Trésorière
Endocrinologue-diabétologue
Service Médecine 78
Hôpital régional de Gonesse

Chantal Cocheteux
Diététicien
Médecine 78
Hôpital régional de Gonesse

Yann Guerrineau
Diététicien
Service Médecine B - Hôpital Lariboisière

Caroline Darroquy
Réalisation – Montage
Technicienne en audio-visuel

Dr Dominique Séret-Begué
Notre deuxième conseillère
Endocrinologue-diabétologue
Service Médecine 78
Hôpital régional de Gonesse

Se sont joints à l'équipe, des bénévoles, des soignants, des soignés et leur entourage ainsi que des amis du Vietnam.

2ÈME POINT : VUE D'ENSEMBLE

C'est un outil pédagogique répondant aux besoins de la population vietnamienne, qui désire avoir un enseignement pratique.

- Mots clefs :
  Poids du passé - Barrière de la langue
  Freins sociaux-culturels.
- Idées fortes :
  Banalisation et méconnaissance de la maladie - La prévention n'est pas une priorité.

Extrait de l'article "Pour les Vietnamiens d'ici et de là-bas" Equilibre juillet-août 07, Le Pr Dinh-Xuan, chef du service de physiologie-Explorations fonctionnelle Hôpital Cochin, fait remarquer que les Vietnamiens ne sont pas familiarisés avec la notion de maladie chronique à vie. Dans leur esprit, une maladie bien soignée, doit être la plus courte possible. Il est difficile de les convaincre du contraire.

- Originalité :
  Outil pédagogique sans frontière.
  Support éducatif visuel pour les soignants.

Ce DVD peut être visionné individuellement, en groupe réunissant des patients vietnamiens et francophones ou anglophones. Le menu permet de choisir les différentes rubriques (film et ateliers).

BUTS POURSUIVIS

- En France :
  - Ce DVD permet une meilleure intégration avec les autres diabétiques occidentaux, lors de tables rondes éducatives.
  - Il favorise des échanges entre les patients et un partage d'expérience avec l'aide des soignants.
  - L'accroissement du phénomène « feed-back » généré en partie grâce aux déplacements de cette population de la France dans leur pays d'origine. (On observera avec ce retour, un partage de leurs connaissances et un soutien venant du pays d'accueil pour ces populations à risque dans les pays en voie de développement)
- En Extrême-Orient :
  - Ce DVD, sous-titré en anglais ou en français permet de toucher des diabétiques originaires du Cambodge, du Laos, de la Thaïlande, de l'Inde...

Au-delà d'un outil éducatif, c'est un projet humanitaire, apolitique, qui concerne les populations vietnamiennes, anglophones ou francophones, tant en Extrême -Orient qu'en France.

Ce projet est d'autant plus important qu'il nécessite un fort ancrage en France.

- Dans quels domaines ?

Trois domaines sont concernés : La prévention, le soutien médical & para-médical, psychologique.

- La prévention primaire favorisant une meilleure hygiène de vie et pour l'entourage des patients un dépistage plus précoce du diabète.
- prévention des complications du diabète (micro et macro angiopathie).
- Cet outil pédagogique peut compléter les connaissances des soignants para-médicaux et les aider à mieux prendre en charge leurs patients.

●●● *suite page 13*

- Sur le plan psychologique, pour les soignants quand ils se sentent démunis, ce support épaule leurs actions informatives et éducatives.
- Sur le plan psychologique, pour les soignés, les soutenir dans leurs contraintes quotidiennes « en se montrant en acteur conscient et fort au lieu de se transformer en victime passive ».

APPROCHE

Notre expérience professionnelle nous a conduit à constater qu'une majorité de diabétiques vietnamiens banalisent cette maladie, peu connue ou méconnue du fait de la barrière de la langue.

Notre difficulté principale, c'est une approche socio-culturelle différente. C'est une population silencieuse n'exprimant pas ou peu leur avis et qui a peur du jugement des autres. Leur souci de politesse est de ne pas être inconvenant, en acquiesçant systématiquement.

Un certain fatalisme, lié au poids du passé et leur regard particulier sur la douleur comme la mort, peut dérouter les soignants.

La connaissance par les soignants, de ces spécificités culturelles et de leurs habitudes de vie, pourra limiter les malentendus et établir une relation de confiance.

NOTRE CONCEPT

Nous désirions un film vivant, simple, avec un langage abordable dans le but de rassembler les patients, du Nord au Sud, autour d'un même sujet « le diabète de type 2 ».

Cet outil a été conçu, avec eux, dans leur langue maternelle en intégrant la tradition musicale, les paysages ou leurs us et coutumes et en respectant les différents schémas structurels de la pensée vietnamienne.

PARTICULARITES VIETNAMIENNES

Les particularités Vietnamiennes ont été au cœur de nos préoccupations mais la traduction en français ou en anglais, la durée et le contenu du film atténuent la finesse du ressenti profond de l'esprit Vietnamien.

Ces particularités s'articulent sur plusieurs aspects :

- L'aspect alimentaire :
  Les repas à heure fixe, l'ordre des plats et la connaissance des différents groupes d'aliments sont des héritages européens. Mais le plus souvent le Vietnamien mange quand il a faim et la chronologie des plats n'a aucune importance et tout est disposé sur la table à la manière d'un buffet avec des aliments pré-découpés.
- L'aspect psycho-social :
  Il est intimement lié à leurs traditions, à leur vécu au Vietnam et à leur parcours personnel. Chacun de ces aspects influence leur quotidien.
  - Le poids historique du passé (Courage)
  - La préférence, la force d'une vie communautaire et solidaire en exil
  - La hiérarchie familiale et sociale
  - Le respect aux ancêtres
  - La politesse - Souci de ne pas perdre la face
  - La discrétion des sentiments et des opinions y compris vis-à-vis du corps médical (oui – oui ? ou oui – non ?)
  - L'influence religieuse (Catholique – Bouddhique…)
  - Les croyances de santé, le recours à la médecine traditionnelle orientale
  - Banalisation et méconnaissance de la maladie. La prévention n'est pas une priorité
  - Séparation du corps soigné (ou de l'organe soigné) et du corps vécu. Leur représentation symbolique. « Corps Sagesse »
  - Un certain fatalisme et leur regard particulier sur la douleur comme sur la mort, peut dérouter les soignants

  Ceci explique que les images chocs qui nous interpellent, sont pour eux nécessaires pour les toucher et les aider à comprendre la gravité de la maladie ; pour mieux les comprendre, voici deux extraits parmi les commentaires après vision du film :
  « L'ordre prioritaire accordé aux pieds met l'accent sur la prévention dans le domaine de l'hygiène quotidienne. Les images « chocs » pour certains ne me choquent pas. Les images des plaies sont bien choisies car elles soulignent plutôt son caractère d'importance. Comme au Vietnam les amputations sont fréquentes dues à la guerre, il est primordial d'éviter toute complication ».

  « Nos ancêtres nous ont montré la voie du courage et j'ai moi-même pris les armes, aussi il faut s'unir pour combattre le diabète, ce nouveau fléau des années modernes ».
- L'aspect médical :
  Au Vietnam, le manque d'infrastructures, l'écart des moyens entre la ville et la campagne, les quartiers pauvres seulement pourvus du strict minimum pour subsister, la politique de santé insuffisante dans un pays en pleine reconstruction, le système d'assurance maladie encore sommaire, font que la médecine traditionnelle reste une alternative bien moins coûteuse.

Les patients établis en France, retournant au pays, donneront à leur entourage médicaments et matériels à leur propre détriment.

Pour tous, il faut compter sur l'interprétation qu'ils feront de la maladie. La connaissance par les soignants, de ces spécificités culturelles et de leurs habitudes de vie, pourra limiter les malentendus et établir une relation de confiance

La prise en charge sera individualisée, centrée sur la personne, en la resituant dans son contexte social-économique, son mode de vie d'antan et de l'époque actuelle, son appartenance à sa communauté.

DICTON

« Trong Cái Rûi Có Cái May »

« Il faut trouver dans la malchance une nouvelle chance »

Soumission des résumés: fichier Word à envoyer à jp-com@wanadoo.fr

Date limite de soumission: 30 novembre 2008

Le nom du présentateur doit figurer en premier auteur. Le titre doit être écrit en majuscules. Le résumé, titre inclus ne doit pas dépasser 2500 caractères (espaces inclus).
Sur le mail mettre toutes les coordonnées du 1er auteur: Nom prénom, adresse complète, téléphone et adresse e mail obligatoire.
Après envoi, vous recevrez un mail de confirmation sous 72 heures
Si vous ne l'avez pas reçu, contacter JP Com.

Pour tout renseignement :

JP COM
1 rue Isidore Pierre - 14000 Caen
tel : 02 31 27 19 18 - fax : 02 31 27 19 17
e mail : jp-com@wanadoo.fr
Site: www.jpcom.fr

Comité scientifique :

C.Fournier, A.Grimaldi, A.Golay, S.Halimi, G.Hochberg, H.Mosnier-Pudar, F.Penformis, G.Reach, B.Sandrin Berthon

AIR FRANCE

TRANSPORTEUR OFFICIEL - OFFICIAL CARRIER

SANTE EDUCATION PARIS 2008
Code Identifiant 04573AF Valable pour transport entre le 04/ 02/2009 au 07/02/2009
Des réductions sont appliquées sur une très large gamme de tarifs dans toutes les classes de transport(Espace Première, Espace Affaires, Tempo) sur l'ensemble des vols Air France du monde. Pour obtenir les tarifs préférentiels consentis pour cet événement connectez vous sur :www.airfrance-globalmeetings.com
ou par le lien internet de cet événement.
Vous devez garder ce présent document de la manifestation comme justificatif.
Il peut vous être demandé de justifier l'utilisation du tarif consenti à tout moment de votre voyage. Pour connaître votre agence Air France la plus proche, consultez : www.airfrance.com

DELF

Diabète Education de Langue Française

SANTE- EDUCATION PARIS 2009

Vendredi 6 février 2009

Maison de la Chimie
28 bis rue du Saint Dominique - 75007 Paris

alfediam ASSOCIATION DE LANGUE FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU DIABÈTE ET DES MALADIES MÉTABOLIQUES

A-F-D

PRE-PROGRAMME

09.00 **Démarche d'évaluation en éducation thérapeutique : Pourquoi ? - Comment ?**

- Au fond et si l'éducation thérapeutique ne marchait pas ??
  Gérard Reach (Paris)
- Pourquoi faut-il évaluer ?
  Alain Golay (Genève)
- Qu'est-ce que l'on évalue et comment : Les fondements théoriques et leur traduction pratique.
  Alain Deccache (Bruxelles) ET Brigitte Sandrin-Berthon (Montpellier)

11h00 **Démarche d'évaluation en éducation thérapeutique: Partage d'expériences**

- Le programme répond-il aux besoins individuels ? Nathalie Calop (Grenoble)
- Cartes conceptuelles : utilisation chez les patients obèses avant chirurgie bariatrique
  Claire Marchand (Paris)
- Qualité de vie et diabète de type 1 : impact d'un programme d'éducation
  Isabelle Debaty (Grenoble)
- Pratiques éducatives dans un programme : point de vue des soignants et des patients
  Alain Deccache (Bruxelles)

13.30 **Remise des prix DELF - industries**

14.00 **Démarche d'évaluation en éducation thérapeutique : Partage d'expériences - suite**

- Comment (auto)évaluer un programme ? Cécile Fournier (Paris)
- Educateur médico-sportif et éducation dans le diabète : évaluation sociologique de la place et du rôle d'une profession Claire Perrin (Lyon)
- En Conclusion, on retiendra Alfred Penfornis (Besançon)

14.45 **Démarche d'évaluation en éducation thérapeutique :**

- De l'évaluation normative à l'évaluation créative en éducation thérapeutique
  Anne Le Rhun (Nantes)

15.15 **Pathologie chronique invitée**

- Artérite oblitérante des membres inférieurs: le programme « En Marche »
  Bernadette Satger (Grenoble)

16.15 **Communications orales**

17h30 *Clôture du congrès*

Le 5 février 2009 de 19h00 à 21h00 :
Symposium Roche Diagnostics à Cap 15

BULLETIN D'INSCRIPTION

Droits d'inscription :

Individuelle	145 €
Collectivité – FMC	170 €
Avant le 31 décembre 2008 :	
membres du DELF (à jour de cotisation)	105 €
Cotisation annuelle du DELF	20 €

Les droits d'inscription incluent :
L'accès aux communications et à l'exposition, le déjeuner, le livre des résumés.

Formalités :
Une inscription n'est retenue que si elle est accompagnée d'un règlement ou d'une prise en charge par la Formation Médicale Continue ou autres collectivités.

Les inscriptions sur place seront de **170** € (déjeuner selon disponibilités).

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

Numéro d 'agrément: 11 75 3241475 **Numéro de FMC: 100 026**

Nom:

Prénom:

☐ Médecin ☐ Infirmier ☐ Diététicien ☐ Autres (préciser):

Adresse Professionnelle:

Code Postal : **Ville:** **Pays:**

Téléphone :

Fax:

Email (obligatoire):
Désirez vous une fiche de réduction SNCF: ☐ oui ☐ non

Bulletin à adresser à :

JPCom
1 rue Isidore Pierre 14000 Caen
Tel 02 31 27 19 18 Fax 02 31 27 19 17
Email: jp-com@wanadoo.fr

Pour vos diabétiques de type 2,

dès que régime, exercice physique et réduction pondérale sont insuffisants

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

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

Désormais disponible en conditionnement trimestriel

COMPOSITION ET FORMES : Gliclazide 30 mg cp à Libération Modifiée. Btes de 30, 60, 100 ou 180. INDICATION : DNID (diab. type 2), chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la réduc. pondérale seuls ne sont pas suffisants pour obtenir l'équil. glycémique. POSO. ET MODE D'ADMINISTRATION : **1 à 4 cp/j en une seule prise au moment du petit déjeuner y compris chez les patients de plus de 65 ans et chez les insuffisants rénaux modérés avec une surveillance attentive.** * Assoc. possible aux biguanides, inhibiteurs de l'α-glucosidase, à l'insuline (un traitement associé par insuline peut être instauré sous stricte surveillance médicale). Respecter un intervalle de 1 mois mini. entre chaque palier. CONTRE-INDIC. : DID (diab. type 1), précoma et coma diab., acidocétose diab., insuf. rén. ou hépat. sévère (dans ces situations, recourir à l'insuline), hypersensibilité au gliclazide ou à l'un des constituants, aux autres 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 alim., d'un exercice physique régulier, du contrôle de la glycémie. Ne prescrire que si l'alimentation est régulière. INTERACTIONS : Majorent l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillés), β-bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres antidiab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H_2, IMAO, sulfonamides et AINS ; diminuent l'effet hypogly. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoïdes, tétracosactide ; en IV : ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte : anticoagulants. GROSSESSE ET ALLAIT. : Relais par insuline si grossesse envisagée ou découverte, allait. contre-indiq. APTITUDE À CONDUIRE : Sensibiliser le patient aux symptômes d'hypoglyc. Prudence en cas de conduite. EFFETS INDÉSIRABLES : Hypoglycémie, troubl. gastro-intest. Plus rares, régressant à l'arrêt du trait. : érup. cutanéomuq., troubles hématol., troubles hépatobil. : élévation des enz. hépat., hépatites (cas isolés). Si ictère cholestatique : arrêt immédiat du trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCÉMIANT-DÉRIVÉ DE L'URÉE. **DIAMICRON 30 mg possède un hétérocycle azoté qui le différencie des autres sulfamides.** Prop. métaboliques : DIAMICRON 30 mg restaure le pic précoce d'insulinosécrétion, en présence de glucose. **En plus de ses propriétés métaboliques, DIAMICRON 30 mg présente des propriétés hémovasculaires :** DIAMICRON 30 mg diminue le processus de microthrombose. Prop. pharmacocin. : après l'adm., les conc. plasmat. de gliclazide augmentent progressivement jusqu'à la 6e h puis évoluent en plateau entre la 6e et la 12e h. **La prise unique quotidienne de DIAMICRON 30 mg permet le maintien d'une concentration plasmatique efficace pendant 24 h.** LISTE I – Remb. Séc. soc. 65 % - Coll. À conserv. dans le 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.

SERVIER

07 DI 14 P • **01/07**