



# DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ EDUCATION  
VOLUME 19 - N° 2  
Juin 2009

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

éd:to 1

## ORGANISATION DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN DISCUSSION...

HÉLEN MOSNIER-PUDAR (EX-PRÉSIDENTE DU DELF)

**L'**ÉDUCATION thérapeutique du patient (ETP) est définie comme une éducation qui aide le patient à prendre en charge ses traitements et à prévenir la survenue de complications évitables, tout en maintenant, voire en améliorant sa qualité de vie (1). Pour répondre à cette définition, les professionnels de la santé et notamment les médecins doivent modifier leur raisonnement. Ils sont amenés à élargir le cadre de leur intervention dans plusieurs directions : de la maladie vers la santé, du patient vers la personne citoyenne, des soins vers la promotion de la santé, d'objectifs médicaux vers des projets de vie. C'est le seul moyen d'éviter « les pièges d'une éducation du patient focalisée : sur l'observance [...], les apprentissages [...] et la responsabilité individuelle » (2).

Et pourtant une étude faite, en 2004, donc récente, auprès d'environ 300 diabétologues et pneumologues, sur la façon de se représenter leur rôle de soignant et le rôle des patients (3) montre que l'approche reste centrée sur le professionnel de santé. Derrière la volonté d'éduquer, d'accompagner les malades, la représentation du rôle du patient est toujours celle de devoir se soumettre et appliquer les instructions. Et les auteurs de conclure : « Peu de choix sont laissés au patient, la décision revient toujours au soignant. »

Il est clairement reconnu aujourd'hui que l'ETP ne se réduit pas à l'éducation au traitement. Le sens du mot thérapeutique est ici multiple, et même si chacun l'entend de façon plus ou moins restreinte et plus ou moins globale, il recouvre bien d'autres domaines que l'observance, comme soutenir le patient dans sa façon de vivre et de ressentir sa maladie, à ses projets de vie, à sa motivation, à sa qualité de vie...

Le terme d'ETP traduit une volonté forte d'inscrire l'éducation du patient comme indissociable de la pratique de la thérapeutique, c'est à dire du soin. L'origine de ce concept est principalement développé en 1998 par l'OMS (1). Il s'agit d'affirmer que l'éducation, dans le cadre des maladies chroniques, fait partie du rôle propre des soignants.

Cette affirmation conduit à plusieurs constats. Le premier, et non des moindres, est une reconnaissance légale et financière de ces activités. Ceci sera bientôt fait dans le cadre de la loi Hôpitaux Patients Santé Territoires. De cette reconnaissance même découle les autres constats.

Il n'est pas possible d'envisager la réalisation de l'ETP sans acteurs compétents. La formation des soignants, doit, avoir dans ses objectifs, l'acquisition de compétences éducatives. La validation de ces compétences sera un préalable au financement, tout comme son caractère multi professionnel.

Comme l'organisation des soins dans la maladie chronique, l'ETP nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé auprès des patients. Il existe donc un besoin d'adapter le fonctionnement habituel de la relation avec le patient, où le colloque singulier patient – médecin, plus généralement patient – soignant, reste le modèle très largement dominant. Il faut s'émanciper du mode de travail nucléaire pour un travail multi professionnel, au contact du lieu de vie des patients, dans la cité.

Cette notion de proximité est la seule capable de répondre au droit de tout patient à avoir accès à l'ETP, mais ceci n'exclut pas la nécessité de centres de référence, avec des professionnels ultra spécialisés, pour répondre à des besoins de patients complexes, dont l'exemple type sont les personnes atteintes de diabète de type 1.

Il nous semble important aussi de développer une ETP collective. Il ne s'agit pas d'opposer ETP en individuel ou en groupe. Dans certaines situations, l'ETP en individuel permet une meilleure adaptation à la réalité de la vie du patient et à son rythme, dans d'autres c'est le groupe qui va aider le patient à prendre des décisions et à adopter des changements de comportement.

L'évaluation est un élément majeur de la pratique éducative. Il est important de ne pas la restreindre uniquement à des paramètres bio-cliniques, mais aussi de faire état de la satis-

faction, de l'amélioration des connaissances, de la qualité de vie...

Le cahier des charges des critères d'agrément pour l'ETP sera bientôt disponible, il prendra, certainement, en compte l'ensemble des critères exposés ici. Il nous reste toutefois à souligner que la pratique éducative existe depuis longtemps dans notre spécialité, qu'elle fait partie de ses fondements. Cela ne justifie pas, bien entendu, un manque de rigueur ou d'organisation dans nos actions d'ETP, mais doit être pris en compte dans la validation de tout ce qui a déjà été produit et fait.

<sup>1</sup> World Health Organisation. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of WHO Working Group 1998.

<sup>2</sup> Sandrin-Berthon B. Développer les offres régionales de formation en éducation du patient, La Grande Motte, du 30 septembre au 3 octobre 2004. Le regard d'une éducatrice pour la santé ; 2004.

<sup>3</sup> Florence Trébuchon. Face à l'asthme et au diabète, une relation soignant-patient délicate. La Santé de l'Homme N° 369.

## SOMMAIRE

**Éditorial 1 : Organisation de l'éducation thérapeutique en discussion** ..... P. 1  
Helen Mosnier Pudar

**Éditorial 2 : Données de l'ENTRED et Plan « Hôpital, santé, territoires » des pistes pour orienter les choix en vue d'organiser l'éducation thérapeutique des diabétiques** P. 3  
Serge Halimi

**Vu pour vous : Un site pilote pour les diabétiques** ..... P. 5  
P.Lanners, A.Ciofu

**Testé pour vous : Table de calculs ITF** P. 6  
Véronique Fontaine et Claire Secondy

**Diabète et pédagogie : Education thérapeutique : Quand la culture s'en mêle** P. 8  
Rosane Braud

**Cas Patient : Vécu du diabète de type 2 : le dessin comme moyen d'expression** ... P. 11  
Claude Sachon, Nathalie Masseboeuf, Dominique Mater

# 3<sup>ème</sup> CONGRÈS de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne

PRATIQUES,  
OUTILS ET FINANCEMENTS  
EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Chers Amis, Chers Collègues,

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans la transversalité des différentes spécialités et fait maintenant partie intégrante de toute démarche de prise en charge thérapeutique globale et spécifique du malade chronique.

La SETE a été créée en 2002 comme première société européenne en éducation thérapeutique pour les maladies chroniques. Elle a pour but de créer des liens entre les soignants de différentes maladies chroniques. Elle diffuse toutes les nouvelles pratiques et valorise la recherche interdisciplinaire en éducation thérapeutique.

Ce 3<sup>ème</sup> congrès de la SETE a pour objectif de pouvoir partager les nouvelles pratiques et les nouveaux outils en éducation thérapeutique. Un point particulièrement d'actualité et crucial aujourd'hui est le financement de l'éducation thérapeutique. Cette réunion permettra à tous les acteurs de la santé (soignants, politiques et assureurs...) qui travaillent en éducation thérapeutique d'en débattre.

Ce congrès donne la place aux discussions autour de posters, d'outils pédagogiques, d'ateliers pratiques en petits groupes et lors de débats organisés en plénière. Nous espérons que ce congrès sera riche en échanges et fera progresser l'éducation thérapeutique aussi bien sur le plan clinique, recherche que sur sa reconnaissance politique.

C'est grâce à votre soutien que nous élargissons notre champ d'action. Nous sommes à un moment charnière pour le développement de la discipline qui nous réunit, et il nous apparaît d'organiser un grand rassemblement européen. Après Genève et Bari, 300 à 400 participants sont attendus à Toulouse pour le 3<sup>ème</sup> congrès de la S.E.T.E.

Bon congrès à toutes et à tous !

Pr Alain GOLAY  
Président du congrès  
Président de la S.E.T.E.

Dr Frédéric SANGUIGNOL  
Président du congrès  
Secrétaire Général de la S.E.T.E.

[www.sete2009.org](http://www.sete2009.org)

## COMITE D'ORGANISATION

- Dr Christophe BAILLET (Astugue - France)
- Dr Pierre CHOLLET (Agen - France)
- Dr Pierre-Louis COLOMBO (Toulouse - France)
- Pr Alain GOLAY (Genève - Suisse)
- Dr Bernard LIRSAC (Marseille - France)
- Dr Claude MEKIES (Toulouse - France)
- Dr Jacques MOREAU (Toulouse - France)
- Pr Atul PATHAK (Toulouse - France)
- Dr Frédéric SANGUIGNOL (Toulouse - France)

*infos pratiques*

## TRANSPORTS

L'agence de voyage du congrès **TURQUOISE VOYAGES** est à votre disposition pour organiser votre déplacement, avec des tarifs congrès pour vos billets d'avion et de train.

Coupons de réduction "congrès" également sur [www.sete2009.org](http://www.sete2009.org)

## TURQUOISE VOYAGES

TÉL : 04 91 13 94 85 OU 04 91 13 94 88  
COURRIEL : [juan@turquoise-voyages.fr](mailto:juan@turquoise-voyages.fr)  
OU [anne-marie@turquoise-voyages.fr](mailto:anne-marie@turquoise-voyages.fr)

## HEBERGEMENT

### TRADOTEL RIVIERA

TÉL : 04 93 53 00 10 - FAX : 04 93 53 00 39  
SITE : [www.tradotel-riviera.com](http://www.tradotel-riviera.com)  
COURRIEL : [congres@tradotel-riviera.com](mailto:congres@tradotel-riviera.com)  
OU SUR [www.sete2009.org](http://www.sete2009.org)

## CENTRE DE CONGRÈS PIERRE BAUDIS



11 Esplanade Compans Cafarelli - BP 889  
31 685 Toulouse Cedex 6  
TEL : +33(0)5.62.30.40.00 - FAX : +33(0)5.62.30.40.01  
COURRIEL : [info@centre-congres-toulouse.fr](mailto:info@centre-congres-toulouse.fr)

## ORGANISATION GENERALE & INSCRIPTIONS

### AGENCE ID2MARK

Fabrice Falquero

207 avenue de la Capelette 13010 Marseille  
TEL : 04 91 76 57 26 - FAX : 04 91 41 42 97  
COURRIEL : [f.falquero@sete2009.org](mailto:f.falquero@sete2009.org)

[www.sete2009.org](http://www.sete2009.org)

17.18.19  
septembre 2009

# CONGRÈS de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne

PRATIQUES,  
OUTILS ET FINANCEMENTS  
EN EDUCATION THERAPEUTIQUE  
DU PATIENT

Toulouse - France  
Centre des Congrès Pierre Baudis



[www.sete2009.org](http://www.sete2009.org)

## PRESIDENTS

- Pr Alain GOLAY  
(Président de la SETE, Hôpitaux Universitaires, Genève - Suisse)
- Dr Frédéric SANGUIGNOL  
(Secrétaire Général de la SETE, Président de la SETSO, Toulouse - France)

## PRESIDENTS D'HONNEUR

- Pr Jean-Philippe ASSAL (Genève - Suisse)
- Pr Jean-François D'IVERNOIS (Bobbigny - France)

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

Pr Alain DECCACHE (Bruxelles - Belgique), Pr Aldo MALDONATO (Rome - Italie), Pr Alain DIDIER (Toulouse - France), Pr Jean FERRIERES (Toulouse - France), Mr Philippe GAERTNER (Boofzheim - France), Pr Rémi GAGNAYRE (Bobbigny - France), Pr Michel GALINIER (Toulouse - France), Dr Grégoire LAGGER (Genève - Suisse), Pr Alain GOLAY (Genève - Suisse), Pr Serge HALIMI (Grenoble - France), Dr Ghislaine HOCHBERG (Paris - France), Pr Hélène HANAIRE (Toulouse - France), Pr Jean-François D'IVERNOIS (Bobbigny - France), Dr P. LAMOUR (Nantes - France), Mr Philippe BARRIER (Crépy-en-Valois - France), Pr Patrick RITZ (Toulouse - France), Mr Christian SAOUT (Paris - France), Pr Laurent SCHMITT (Toulouse - France), Pr Maïté TAUBER (Toulouse - France)

*programme*

## JEUDI 17 SEPTEMBRE 2009

11h00 à 12h00 : CONFERENCE DE PRESSE  
14h00 à 15h00 : ACCUEIL - Remise badges et sacoches  
15h00 à 15h30 : OUVERTURE - SP1 - SESSION PLENIERE 1  
15h30 à 16h30 : SP2 - SESSION PLENIERE 2  
16h30 à 18h00 : SYMPOSIUMS LABORATOIRES (SL1 à SL3)  
à partir de 18h30 : COCKTAIL MAIRIE DE TOULOUSE

## VENREDI 18 SEPTEMBRE 2009

à partir de 8h00 : ACCUEIL - Remise badges et sacoches  
8h00 à 18h00 : SESSION POSTERS  
8h30 à 10h30 : COMMUNICATIONS ORALES (CO1 à CO3)  
10h30 à 11h00 : PAUSE  
8h30 à 12h30 : FORUM DES OUTILS PEDAGOGIQUES  
11h00 à 12h30 : VISITES COMMENTEES DES POSTERS ET DES OUTILS PEDAGOGIQUES  
12h30 à 14h00 : SYMPOSIUMS - DEJEUNER (SL4 à SL6)  
14h00 à 14h30 : PAUSE  
14h30 à 16h00 : ATELIERS PRATIQUES (AT1 à AT6)  
16h00 à 16h30 : PAUSE  
16h30 à 18h00 : SP3 - SESSION PLENIERE 3  
à partir de 19h30 : SOIREE DE GALA et DINER OFFICIEL

## SAMEDI 20 SEPTEMBRE 2009

à partir de 8h00 : ACCUEIL  
8h30 à 10h00 : COMMUNICATIONS ORALES (CO4 à CO6)  
10h00 à 10h30 : PAUSE  
10h30 à 12h00 : SP4 - TABLE RONDE  
12h00 à 13h00 : SP5 - CLOTURE ET REMISE DES PRIX

## SOUSSION DE COMMUNICATIONS

Soumission des communications orales, posters et outils pédagogiques (avant le 30 juin 2009) : en ligne sur [www.sete2009.org](http://www.sete2009.org)  
Renseignements : [b.lirsac@sete2009.org](mailto:b.lirsac@sete2009.org)

## SESSIONS PLENIERES

- SP1 "ALLOCATION D'OUVERTURE"  
sous le haut patronage de  
Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN,  
Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative  
ORATEURS : Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN,  
Mr Pierre COHEN, Mr Pierre GAUTHIER,  
Dr Frédéric SANGUIGNOL
- SP2 : "EFFICACITE DE L'EDUCATION  
THERAPEUTIQUE DU PATIENT"  
Pr Alain DECCACHE, Pr Alain GOLAY
- SP3 : "ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE EN E.T.P."  
Pr Alain DECCACHE, Pr Rémi GAGNAYRE, Pr Hélène HANAIRE,  
Pr Aldo MALDONATO, Dr Grégoire LAGGER
- SP4 : "FINANCEMENT ET REMBOURSEMENT  
DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT :  
PAR QUI ? COMMENT ?"  
Dr Martine Aoustin, Mr Gérard BAPT, Dr Catherine BISMUTH,  
Mr Pierre GAUTHIER, Pr Serge HALIMI,  
Pr Jean-François D'IVERNOIS, Mr Christian SAOUT
- SP5 : CLOTURE ET REMISE DES PRIX  
Pr Rémi GAGNAYRE, Dr Frédéric SANGUIGNOL

## ATELIERS PRATIQUES

Les frais d'inscription aux Ateliers sont inclus dans le tarif d'inscription.  
En raison du nombre de place limité, une pré inscription est OBLIGATOIRE sur [www.sete2009.org](http://www.sete2009.org)

- AT1 : "COMMENT METTRE EN PLACE  
L'ART-THERAPIE DANS L'E.T.P. ?"  
Mme Cristina ANZULES, Mr Jean-Luc SUDRES
- AT2 : "PATIENT EXPERT OU PATIENT RESSOURCE ?"  
Pr Liانا EULLER-ZIEGLER, Mr Gérard RAYMOND,  
Mr Christian SAOUT
- AT3 : "COMMENT CREER UN OUTIL  
PEDAGOGIQUE EN E.T.P. ?"  
Mme Marie-Christine LLORCA, Dr Yves MAGAR
- AT4 : "L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL"  
Mme Catherine JOLY, Mme Muriel REINER-MEYLAN
- AT5 : "APPORTS ET OUTILS DE LA PSYCHOLOGIE  
DE LA SANTÉ EN E.T.P."  
Pr Themistoklis APOSTOLIDIS, Pr Michèle KOLECK
- AT6 : "ADAPTATION D'UN OUTIL PEDAGOGIQUE  
A LA PRATIQUE DE L'E.T.P."  
Dr Monique CHAMBOULEYRON, Dr Hakima OUKSEL

# 3<sup>ème</sup> CONGRÈS de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne

PRATIQUES,  
OUTILS ET FINANCEMENTS  
EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

17.18.19  
septembre 2009

Toulouse - France  
Centre des Congrès Pierre Baudis  
[www.sete2009.org](http://www.sete2009.org)

*bulletin d'inscription*

TITRE  Pr  Dr  Mme  Melle  Mr

NOM : .....

PRENOM : .....

PROFESSION : .....

INSTITUTION : .....

TEL : ..... FAX : .....

EMAIL : .....

ADRESSE : .....

CP : ..... VILLE : .....

## TARIFS D'INSCRIPTION T.T.C.

	AVANT LE 31 JUILLET 2009	APRES LE 31 JUILLET 2009
MEDECIN		
<input type="checkbox"/> ADHERENT SETE/SETSO	290 €	350 €
<input type="checkbox"/> NON ADHERENT SETE/SETSO	350 €	420 €

## PARA-MEDICAL (KINESITHERAPEUTE, IDE, DIETETICIEN...)

<input type="checkbox"/> INSTITUTION	200 €	240 €
<input type="checkbox"/> NON INSTITUTION ET NON ADHERENT SETE/SETSO	150 €	180 €
<input type="checkbox"/> NON INSTITUTION ET ADHERENT SETE/SETSO	130 €	160 €

A partir de 10 personnes : tarif SETE ou Non Institutionnel sur tout le groupe, soit 290 € et 150 €  
A partir de 20 personnes : tarif SETE ou Non Institutionnel sur tout le groupe, soit 260 € et 135 €  
A partir de 30 personnes : tarif SETE ou Non Institutionnel sur tout le groupe, soit 230 € et 120 €

## TOTAL A PAYER T.T.C.

DINER DE GALA (Inclus pour les congressistes) TARIF ACCOMPAGNANT : 55 €  
 INSCRIPTION.....€ +  GALA (55 € x .....)= .....€ =  TOTAL = .....€

## COUPON REPOSE ET REGLEMENT

- PAR CHEQUE A L'ORDRE DE ID2MARK  
A RENVOYER A L'AGENCE ID2MARK  
207 AVENUE DE LA CAPELETTE 13010 MARSEILLE
- PAR VIREMENT BANCAIRE  
DOMICILIATION : CREDIT DU NORD - MARSEILLE GRIGNAN  
IBAN : FR76 3007 6022 0443 5536 0020 076  
SWIFT BIC : NORDFRPP

Date limite d'inscription le 7 août 2009

## edite 2

### DONNÉES DE L'ENTRED ET PLAN "HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ, TERRITOIRES" DES PISTES POUR ORIENTER LES CHOIX EN VUE D'ORGANISER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES DIABÉTIQUES.

PR SERGE HALIMI - PRÉSIDENT DE L'ALFEDIAM - SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DU DIABÈTE (SFD)

**L**ES premiers résultats de l'étude ENTRED 2007, coordonnée par Anne Fagot-Campagna, viennent d'être communiqués au congrès ALFEDIAM de Strasbourg. Ils représentent déjà une masse considérable de données, une mine d'informations passionnantes sur la façon dont les diabétiques sont actuellement pris en charge en France, les attentes et attitudes des patients comme des médecins. Parmi ces résultats figurent ceux qui ont trait à l'ETP (l'éducation thérapeutique) présentés par Cécile Fournier INPES et aux coûts de santé liés aux diabètes présentés par Alain Weil CNAM. On perçoit plusieurs points forts sur le premier sujet. Fait un peu surprenant 80 à 85% des patients (DT2 et DT1 respectivement) se disent bien informés sur leur maladie. Pour les DT2 principalement lorsque le sujet est plus âgé ou si le diabète est plus ancien, relève de traitements plus lourds enfin si le patient est bien suivi (nombre d'HbA1c). Concentrons nos propos sur le DT2.

La demande d'information porte d'abord sur l'alimentation, les complications, très peu sur l'exercice physique. A l'opposé les médecins sont moins optimistes quant au degré de connaissance de patients vis-à-vis de leur maladie, la totalité considérant par ailleurs que le problème crucial se situe au niveau de l'adhésion aux recommandations diététiques et sur l'exercice physique. Assez peu de patients disent avoir reçu une information structurée, le rôle des médecins et paramédicaux est central mais leur disponibilité, temps, nombre et leur formation font problème. La contribution des associations de patients comme des réseaux en tant que source d'information s'avère très modeste. Nombre de médecins hospitaliers disent adresser la majorité de leurs patients en ETP. En libéral les omnipraticiens souhaiteraient plus de possibilité de recours à des diététiciennes et aux spécialistes exerçant en ville comme à l'hôpital. Les spécialistes libéraux revendiquent pour la moitié d'entre-eux une formation spécifique en ETP mais aimeraient toutefois approfondir leur compétence dans la façon de guider

les entretiens, comment motiver le patient, les hospitaliers partagent cela et y ajoutent une demande dans le domaine de l'évaluation. La barrière culturelle ou linguistique semble grandement faire obstacle à tous. Enfin le souhait des patients de formations éducatives en groupe est faible (13%) alors que pour ceux qui en ont bénéficié, le vécu est bien différent (environ 40% d'avis favorables). Le manque de temps est un obstacle pour les patients comme les médecins et de rémunération pour tous les médecins mais principalement les spécialistes libéraux. La plupart des médecins souhaitent coordonner l'ensemble de la démarche éducative mais les omnipraticiens, en particulier, se sentent peu apte pour repérer les besoins, assurer le soutien psychosocial, mettre en oeuvre la démarche ou suivre les acquis.

On réfléchira longtemps encore à propos de ces données. Il en ressort toutefois que l'absence de formation réelle, de moyens paramédicaux, d'organisation, de reconnaissance et de rémunération de l'ETP sont pointés. Face à ce constat et devant l'explosion démographique du DT2, la reconnaissance imminente de l'ETP, peut-être sous peu un forfait éducatif, que proposer dans un avenir proche ?

Dans son interview que nous a accordée (à l'ALFEDIAM - SFD) il y a quelques jours notre ministre Roselyne Bachelot, celle-ci déclarait « *Mon objectif est bien d'encourager le développement de l'éducation thérapeutique du patient, en ville et à l'hôpital, dans un cadre harmonisé au plan national pour répondre à des exigences de proximité, de qualité et d'efficacité.* » Ces mots clés nous les partageons à 100%. Comment définir le rôle de « l'hôpital » ? A mon sens c'est assurer par des équipes très bien formées, le soin et l'ETP des DT1 avant tout et de DT2 dont la complexité les rapproche. Mais pour tous les autres DT2, la dimension épidémique oblige à trouver des solutions adaptées « *en ville* », en « *proximité* », impliquant majoritairement des soignants paramédicaux formés en ETP offrant une pres-

tation éducative de « *qualité* », moins coûteuse et dynamique donc en groupe à chaque fois que possible. Tous les médecins et patients n'y adhéreront pas au départ mais notre système de santé donc les patients eux-mêmes doivent savoir changer. Mais bien sûr d'autres approches sont à développer. Toutefois l'« *approche de groupe* » est la seule qui réponde à la fois à l'exigence quantitative, qualitative, économique, enfin elle se prête mieux à l'évaluation. Mais est-ce raisonnable en terme médico-économique ? Là encore les données de dépenses dans ENTRED nous éclairent. Aujourd'hui (2007) le coût total du diabète atteint 13.9 milliards d'€ de dépenses directes, soit près de 10% du budget total de la santé dans notre pays. L'accroissement des dépenses est de 10% par an (contre <5% en général), en bonne part du fait de l'incidence annuelle du DT2, des dépenses pour certaines complications comme le passage en dialyse mais aussi disons-le à une sur-utilisation de traitements coûteux, d'hospitalisation pour mise à l'insuline, de passages infirmiers (coûts supérieurs à l'addition des honoraires des omnipraticiens et des diabétologues de ville) et dépenses de transports, de certains dispositifs techniques dont l'usage est excessif ou inutile. La moyenne du coût annuel est ainsi d'environ 5400 €. Si un forfait éducatif annuel était proposé (on nous parle de 250 €) cela ne représenterait pas 5% du coût moyen annuel. Et puis pas d'effolement, il ne concernera pas d'emblé tous les DT2. Le plan SOPHIA qui devrait coûter 20 millions d'€ pour 120 000 patients, soit 160 € ne représente qu'un accompagnement téléphonique. Une approche certes très innovante, que l'ALFEDIAM a soutenue et dont les résultats sont très attendus, mais d'une portée selon toute vraisemblance moindre que ce que l'on peut espérer d'entretiens éducatifs face à face et surtout de plusieurs séances de groupe.



... suite page 3

Il nous faut pour cela commencer à penser et mettre en place des solutions réalistes, structures légères, petites équipes, de proximité, évaluables mais véritablement formées. A cette dernière tâche s'atèle le DELF en partenariat avec l'ALFEDIAM « une formation officielle et reconnue pour notre discipline ». Certes l'éducation individuelle en médecine omnipraticienne ou spécialisée de ville a sa place, mais comment l'organiser tant est grande la crise démographique et la pénurie de médecins. Quant à nos collègues spécialistes libéraux leur place est certaine mais quelles sont « de façon concrète » les solutions proposées ?

L'ETP est sur le point de se mettre en place dans notre pays, organisons la raisonnablement, avec sérieux et ne tuons pas le projet en réclamant de ci de là, hôpital/ville, omnipraticiens/spécialistes, des crédits en tous sens pour des projets ne tenant pas compte de l'ensemble des problématiques territoriales (« harmonisé au plan national ») donc pour un plus grand nombre de patients. Sinon nous tuerons en quelques années cet espoir et nous aurons manqué un rendez-vous historique. Oui nous pouvons approuver et nous approprier l'ensemble de cette déclaration de notre ministre de tutelle. Prenons-la au mot et au travail.

Les premiers résultats d'Entred, rendus publics le 20 mars 2009 au cours du congrès de l'ALFEDIAM, portent sur l'épidémiologie du diabète, la qualité de la prise en charge, la démarche éducative et le coût du diabète. Ces données sont accessibles en ligne sur le site d'Entred : <http://www.invs.sante.fr/entred/>. Les diaporamas présentés lors du congrès de l'ALFEDIAM y sont téléchargeables librement.

#### MEMBRES DU BUREAU DU DELF

Ghislaine Hochberg :	PRÉSIDENTE
Alfred Penfornis :	VICE-PRÉSIDENT
Anne-Marie Leguerrier :	SECRÉTAIRE GÉNÉRALE
Claude Colas :	SECRÉTAIRE ADJOINTE
Elisabeth Chabot :	TRÉSORIÈRE
Fabrice Lagarde :	TRÉSORIER ADJOINT

#### MEMBRES DU CA DU DELF

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

#### 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 Péliscand (Bruxelles) • Dorothee Romand (Paris)  
Julien Samuel Lajeunesse (Paris) • Martine Tramoni (Neuilly s/Seine)

# LES POUR VOUS

## UN SITE PILOTE POUR LES DIABÉTIQUES

P.LANNERS - PRÉSIDENT AFD-IDF.

A.CIOFU-DIABÉTOLOGUE CLINIQUE ERMITAGE(77)

**L**A Seine et Marne innove dans la prise en charge des diabétiques avec l'ouverture le 13 novembre 2008 de *La Maison du Diabète de Melun*, à Melun Nord dans le quartier défavorisé Montaigne.

Cette maison a été créée à l'initiative de multiples acteurs impliqués activement dans la prise en charge du diabète : l'Association Française des Diabétiques 77 (AFD 77), REVEDIAB (réseau de santé Val de Marne Essonne Seine et Marne pour les Diabétiques de type 2) et la MAISON DOC de Saint Maur des Fossés (maison du Diabète, Obésité, Risque Cardiovasculaire) avec le soutien actif de la municipalité de Melun.

Cette initiative s'est développée suite à une action menée le lendemain de la journée mondiale du diabète du 14 novembre 2007 ; la ville de Melun et son Maire Gérard Millet invite l'AFD à réaliser une opération de dépistage du diabète le jeudi 15 novembre jour de marché à Melun ; l'AFD réalise alors pas loin de 400 tests de dépistage. C'est un véritable succès qui amène aussitôt Melun ainsi que ses partenaires à se poser de nouvelles questions concernant le dépistage systématique des patients et également l'accompagnement et bien sûr la prise en charge des soins

Le développement de ce projet avance et a pour but « d'informer, accueillir et éduquer les malades, diabétiques. » déclare le secrétaire général de l'Union des Maisons du Diabète, Claude Sokolowski. « Il n'y aura pas de soins, ni d'ordonnances délivrés. Le but est de permettre aux gens d'éviter les complications du diabète. Car la maladie est la première cause de cécité en France, de dialyse et d'amputation des membres inférieurs »

Actuellement sur place, le public est accueilli et conseillé par des bénévoles et des professionnels de santé. L'AFD 77 le sensibilise à travers des actions d'information, de prévention du diabète et de ses complications, d'éducation, conférences, activités physiques...

Un N° de téléphone **01.64.64.03.95** ou des bénévoles diabétiques sont à l'écoute. Ils répondent et conseillent pour aider à mieux

vivre avec le diabète ou à entourer l'un de proches des patients

### Permanence avec possibilité de dépistage du Diabète

- le Mardi de 14H00 à 16H30

- le Mercredi de 16H30 à 18H30

### Entretien Patients sur R.V de 17H00 à 20H00

Education-Prévention et accompagnement du patient diabétique

Consultation avec le service social et juridique

Informations diverses (Librairie)

Sensibilisation à l'Activité physique

Activités Physiques : 2 fois / mois 1H00 Stretching

Table-Ronde 1 fois par trimestre :

Le réseau régional REVEDIAB est également présent ; il regroupe un ensemble de professionnels de santé diabétologues, podologues, diététiciens, infirmiers(ères) et médecins généralistes. Il n'y a pas de consultations sur place, mais tout simplement une orientation vers un professionnel de santé. Le réseau dispose d'un budget qui permet de prendre en charge gratuitement, pour chaque patient diabétique, un nombre limité de consultations ; Il permet une optimisation du parcours de soins du patient en facilitant la coordination des actions des professionnels et favorisant la multidisciplinarité ; les patients bénéficient d'un ensemble de prestations qui permet de renforcer la prise en charge globale:

- Accueil, information

- Adhésions patients (gratuites) et professionnels médico-sociaux

- Ateliers de groupe d'éducation thérapeutique (diététicienne, infirmière, podologue, et/ou coanimés par médecin ou pharmacien)

- Orientation suite à un cours de groupe vers les

Ateliers diététiques en groupe : 1 par semaine

Ateliers podologiques en groupe : 1 par semaine

Ateliers infirmière en groupe : 1 par semaine selon demande

Ateliers éducateurs médico-sportifs

- Entretien collectif de motivation au retour à l'activité physique adaptée : 1 par semaine

Ateliers Marche : 1h par semaine.

Une fois dépisté et orienté, le patient doit être accompagné ; c'est là que réside toute l'expérience de l'Union des Maisons du Diabète. Le patient trouvera sur place de nombreux ateliers pour mieux se prendre en charge et mieux maîtriser les techniques de suivi. Il pourra se faire expliquer ce qu'est la glycémie, l'hémoglobine Glyquée et comment la suivre, que faire pour éviter les complications

Des atouts pour comprendre, motiver, et améliorer la santé et la qualité de vie des personnes diabétiques, en surpoids, à risque cardiovasculaire, et hypertendues :

- Accueil individuel ou en groupe

- Ecoute, entretiens de soutien,

- Centre de documentation et information sur le diabète, l'obésité et le risque cardiovasculaire

- Diagnostic éducatif,

- Ateliers « nids d'apprentissage » en éducation thérapeutique :

- La « Santé des artères »
- Les « Graisses dans l'alimentation »
- Activité physique

- Ateliers de groupe de prévention des complications et d'éducation à la Santé.

- Gestion du stress : atelier de sophrologie

- Ateliers « Bougez », Marche, Gym douce

Des nombreux patients diabétiques s'ignorent encore ou tout simplement ne prennent pas en compte leur maladie. Or les dangers sont réels et sans traitements les risques des complications accrus ! On peut agir et se faire aider, profiter de ce lieu de rencontre pour partir à la découverte du diabète accompagné !

# TESTÉ POUR VOUS

La conversion du décompte des glucides (portions ou grammes), en unités d'insuline rapide à injecter aux repas est un des obstacles à la pratique précise de l'insulinothérapie fonctionnelle. Le maniement des décimales oblige à l'utilisation d'une calculatrice ou à des approximations erronées. En attendant la diffusion large de carnets électroniques « auto-calculants » sur PDA-Phone, les tables de calculs élaborées par nos amis réunionnais sont un outil astucieux et bien pratique. A expérimenter...

DR GUILLAUME CHARPENTIER

## TABLES DE CALCULS ITF

VÉRONIQUE FONTAINE ET CLAIRE SECONDY

### DESCRIPTION DE LA TABLE DE CALCULS ITF :

La table de calculs ITF permet de déterminer les unités d'insuline rapide à s'injecter pour chaque repas (U/P repas), en fonction de la quantité de glucides ingérés (exprimée en grammes (gG) ou en portions (P)) et des coefficients Unités Portions repas individuels connus (U/P), dans le cadre de la pratique de l'insulinothérapie fonctionnelle (ITF) chez les diabétiques.

Cette table de calculs pré remplie permet à ces diabétiques en fonction de leur référentiel portions P et de leurs coefficients U/P, de ne plus avoir à effectuer le calcul de conversion des (gG) en (P), ainsi que de ne plus avoir à effectuer le calcul des unités d'insuline rapide à s'injecter pour chaque repas (U/P repas).

La table de calculs ITF se présente sous forme d'un carnet de poche résistant comprenant une fiche texte recto/verso en couverture avant présentant et expliquant son mode d'utilisation. Elle se compose également de 5 fiches tableaux pré-remplies recto/verso donnant les résultats des calculs des quantités d'insuline rapide à

s'injecter, une fiche tableau vierge recto/verso à compléter par l'utilisateur selon ses paramètres et ses référentiels P et U/P utilisés. En couverture arrière du carnet une fiche texte recto/verso propose des mémos de portions glucidiques.

La table de calculs ITF est aussi destinée aux formateurs qui enseignent l'ITF et aux soignants qui prennent en charge les diabétiques pratiquant l'ITF

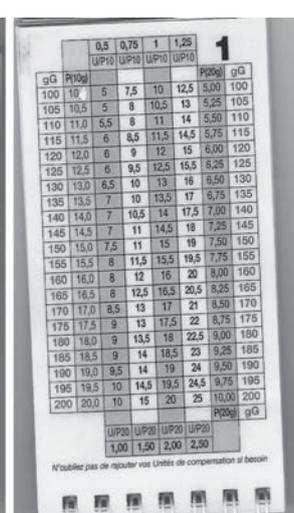
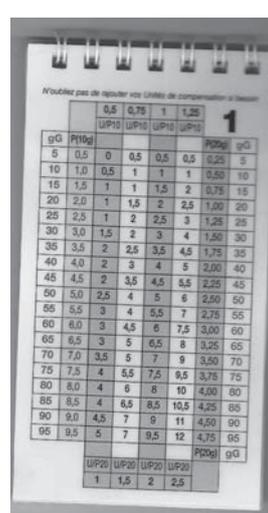
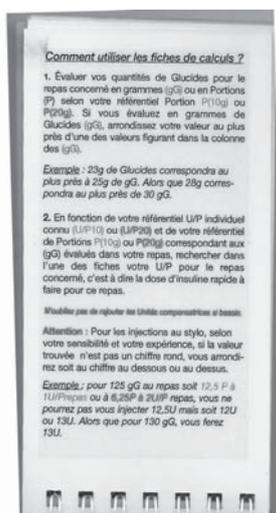
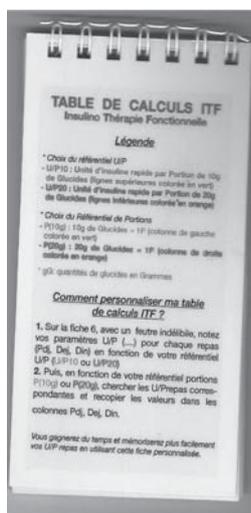
### POURQUOI PROPOSER UN CALCUL DES U/P REPAS À PARTIR DES GRAMMES DE GLUCIDES OU DE 2 RÉFÉRENTIELS PORTION DIFFÉRENTS ?

Dans la pratique, les centres d'éducation ITF n'utilisent pas tous le même référentiel de base : soit la référence de base du calcul des U/P repas est les grammes de glucides, soit ce sont des portions de 10g de glucides (P10), soit des portions de 20g de glucides (P20).

Ainsi, quel que soit le référentiel appris par le diabétique, il pourra utiliser la règlette. Pour faciliter la lecture en fonction de son référentiel, nous avons choisi 1 couleur pour chaque référentiel.

### POURQUOI AVOIR CHOISI CETTE ÉCHELLE POUR LES GRAMMES DE GLUCIDES ET LES PORTIONS ?

Afin de faciliter la lecture de la table et pour simplifier la pratique de l'ITF, nous avons considéré qu'un écart d'une unité d'insuline n'était pas dommageable sur l'équilibre post prandial du diabète (nous avons précisé dans le mode d'utilisation de la règlette qu'il faut arrondir la quantité de glucides trouvée pour le repas, au plus près d'une des valeurs figurant dans la colonne grammes de glucides).



**1**

g/G P10g

5	0,5	1	1	1	0,25	5	
10	1,0	1,5	2	2	2	0,50	10
15	1,5	2	2,5	3	3,5	0,75	15
20	2,0	3	3,5	4	4,5	1,00	20
25	2,5	4	4,5	5	5,5	1,25	25
30	3,0	4,5	5	6	7	1,50	30
35	3,5	5	6	7	8	1,75	35
40	4,0	6	7	8	9	2,00	40
45	4,5	7	8	9	10	2,25	45
50	5,0	7,5	9	10	11	2,50	50
55	5,5	8	9,5	11	12,5	2,75	55
60	6,0	9	10,5	12	13,5	3,00	60
65	6,5	10	11,5	13	14,5	3,25	65
70	7,0	10,5	12	14	16	3,50	70
75	7,5	11	13	15	17	3,75	75
80	8,0	12	14	16	18	4,00	80
85	8,5	13	15	17	19	4,25	85
90	9,0	13,5	16	18	20	4,50	90
95	9,5	14	16,5	19	21,5	4,75	95

UP10 UP10 UP10 UP10

P10g g/G

3 3,5 4 4,5

**2**

g/G P10g

100	10,0	15	17,5	20	22,5	5,00	100
105	10,5	16	18,5	21	23,5	5,25	105
110	11,0	16,5	19	22	25	5,50	110
115	11,5	17	20	23	26	5,75	115
120	12,0	18	21	24	27	6,00	120
125	12,5	19	22	25	28	6,25	125
130	13,0	19,5	23	26	29	6,50	130
135	13,5	20	23,5	27	30,5	6,75	135
140	14,0	21	24,5	28	31,5	7,00	140
145	14,5	22	25,5	29	32,5	7,25	145
150	15,0	22,5	26	30	34	7,50	150
155	15,5	23	27	31	35	7,75	155
160	16,0	24	28	32	36	8,00	160
165	16,5	25	29	33	37	8,25	165
170	17,0	25,5	30	34	38	8,50	170
175	17,5	26	30,5	35	39,5	8,75	175
180	18,0	27	31,5	36	40,5	9,00	180
185	18,5	28	32,5	37	41,5	9,25	185
190	19,0	28,5	33	38	43	9,50	190
195	19,5	29	34	39	44	9,75	195
200	20,0	30	35	40	45	10,00	200

UP20 UP20 UP20 UP20

P20g g/G

3 3,5 4 4,5

**4**

g/G P10g

5	0,5	2	2	2	2	0,25	5
10	1,0	3,5	4	4	4	0,50	10
15	1,5	5	5,5	6	6,5	0,75	15
20	2,0	7	7,5	8	8,5	1,00	20
25	2,5	9	9,5	10	10,5	1,25	25
30	3,0	10,5	11	12	13	1,50	30
35	3,5	12	13	14	15	1,75	35
40	4,0	14	15	16	17	2,00	40
45	4,5	16	17	18	19	2,25	45
50	5,0	17,5	19	20	21	2,50	50
55	5,5	19,5	20,5	22	23,5	2,75	55
60	6,0	21	22,5	24	25,5	3,00	60
65	6,5	23	24,5	26	27,5	3,25	65
70	7,0	24,5	26	28	30	3,50	70
75	7,5	26	28	30	32	3,75	75
80	8,0	28	30	32	34	4,00	80
85	8,5	30	32	34	36	4,25	85
90	9,0	31,5	34	36	38	4,50	90
95	9,5	33	35,5	38	40,5	4,75	95

UP20 UP20 UP20 UP20

P20g g/G

7 7,5 8 8,5

**4**

g/G P10g

100	10,0	36	37,5	40	42,5	5,00	100
105	10,5	37	39,5	42	44,5	5,25	105
110	11,0	38,5	41	44	47	5,50	110
115	11,5	40	43	46	49	5,75	115
120	12,0	42	45	48	51	6,00	120
125	12,5	44	47	50	53	6,25	125
130	13,0	45,5	49	52	55	6,50	130
135	13,5	47	50,5	54	57,5	6,75	135
140	14,0	49	52,5	56	59,5	7,00	140
145	14,5	51	54,5	58	61,5	7,25	145
150	15,0	52,5	56	60	64	7,50	150
155	15,5	54	58	62	66	7,75	155
160	16,0	56	60	64	68	8,00	160
165	16,5	58	62	66	70	8,25	165
170	17,0	59,5	64	68	72	8,50	170
175	17,5	61	65,5	70	74,5	8,75	175
180	18,0	63	67,5	72	76,5	9,00	180
185	18,5	65	69,5	74	78,5	9,25	185
190	19,0	66,5	71	76	81	9,50	190
195	19,5	68	73	78	83	9,75	195
200	20,0	70	75	80	85	10,00	200

UP20 UP20 UP20 UP20

P20g g/G

7 7,5 8 8,5

**3**

g/G P10g

5	0,5	1	1,5	1,5	1,5	0,25	5
10	1,0	2,5	3	3	3	0,50	10
15	1,5	4	4	4,5	5	0,75	15
20	2,0	5	5,5	6	6,5	1,00	20
25	2,5	6	7	7,5	8	1,25	25
30	3,0	7,5	8	9	10	1,50	30
35	3,5	9	9,5	10,5	11,5	1,75	35
40	4,0	10	11	12	13	2,00	40
45	4,5	11	12,5	13,5	14,5	2,25	45
50	5,0	12,5	14	15	16	2,50	50
55	5,5	14	15	16,5	18	2,75	55
60	6,0	15	16,5	18,5	20,5	3,00	60
65	6,5	16	18	19,5	21	3,25	65
70	7,0	17,5	19	21	23	3,50	70
75	7,5	19	20,5	22,5	24,5	3,75	75
80	8,0	20	22	24	26	4,00	80
85	8,5	21	23,5	25,5	27,5	4,25	85
90	9,0	22,5	25	27	29	4,50	90
95	9,5	24	26	28,5	31	4,75	95

UP20 UP20 UP20 UP20

P20g g/G

5 5,5 6 6,5

**3**

g/G P10g

100	10	25	27,5	30	32,5	5,00	100
105	10,5	26	29	31,5	34	5,25	105
110	11,0	27,5	30	33	36	5,50	110
115	11,5	29	31,5	34,5	37,5	5,75	115
120	12,0	30	33	36	39	6,00	120
125	12,5	31	34,5	37,5	40,5	6,25	125
130	13,0	32,5	36	39	42	6,50	130
135	13,5	34	37	40,5	44	6,75	135
140	14,0	35	38,5	42	45,5	7,00	140
145	14,5	36	40	43,5	47	7,25	145
150	15,0	37,5	41	45	49	7,50	150
155	15,5	39	42,5	46,5	50,5	7,75	155
160	16,0	40	44	48	52	8,00	160
165	16,5	41	45,5	49,5	53,5	8,25	165
170	17,0	42,5	47	51	55	8,50	170
175	17,5	44	48	52,5	57	8,75	175
180	18,0	45	49,5	54	58,5	9,00	180
185	18,5	46	51	55,5	60	9,25	185
190	19,0	47,5	52	57	62	9,50	190
195	19,5	49	53,5	58,5	63,5	9,75	195
200	20,0	50	55	60	65	10,00	200

UP20 UP20 UP20 UP20

P20g g/G

5 5,5 6 6,5

**5**

g/G P10g

5	0,5	2	2,5	2,5	2,5	0,25	5
10	1,0	4,5	5	5	5	0,50	10
15	1,5	7	7,5	8	8	0,75	15
20	2,0	9	9,5	10	10,5	1,00	20
25	2,5	11	12	12,5	13	1,25	25
30	3,0	13,5	14	15	16	1,50	30
35	3,5	16	16,5	17,5	18,5	1,75	35
40	4,0	18	19	20	21	2,00	40
45	4,5	20	21,5	22,5	23,5	2,25	45
50	5,0	22,5	24	25	26	2,50	50
55	5,5	25	26	27,5	29	2,75	55
60	6,0	27	28,5	30	31,5	3,00	60
65	6,5	29	31	32,5	34	3,25	65
70	7,0	31,5	33	35	37	3,50	70
75	7,5	34	35,5	37,5	39,5	3,75	75
80	8,0	36	38	40	42	4,00	80
85	8,5	38	40,5	42,5	44,5	4,25	85
90	9,0	40,5	43	45	47	4,50	90
95	9,5	43	45	47,5	50	4,75	95

UP20 UP20 UP20 UP20

P20g g/G

9 9,5 10 10,5

**5**

g/G P10g

100	10,0	45	50	52,5	55	5,00	100
105	10,5	47	50	52,5	56	5,25	105
110	11,0	49,5	52	55	58	5,50	110
115	11,5	52	54,5	57,5	60,5	5,75	115
120	12,0	54	57	60	63	6,00	120
125	12,5	56	59,5	62,5	65,5	6,25	125
130	13,0	58,5	62	65	68	6,50	130
135	13,5	61	64	67,5	71	6,75	135
140	14,0	63	66,5	70	73,5	7,00	140
145	14,5	65	69	72,5	76	7,25	145
150	15,0	67,5	71	75	79	7,50	150
155	15,5	70	73,5	77,5	81,5	7,75	155
160	16,0	72	76	80	84	8,00	160
165	16,5	74	78,5	82,5	86,5	8,25	165
170	17,0	76,5	81	85	89	8,50	170
175	17,5	79	83	87,5	92	8,75	175
180	18,0	81	85,5	90	94,5	9,00	180
185	18,5	83	88	92,5	97	9,25	185
190	19,0	85,5	90	95	100	9,50	190
195	19,5	88	92,5	97,5	102,5	9,75	195
200	20,0	90	95	100	105	10,00	200

UP20 UP20 UP20 UP20

P20g g/G

9 9,5 10 10,5

## POURQUOI PROPOSER UNE TABLE DE CALCUL VIERGE À PERSONNALISER ?

Afin de faciliter la lecture de la table et Les patients gagneront du temps et mémoriseront plus facilement leurs U/P repas en recherchant dans les tables pré-remplies les U/P repas correspondant à leur référentiel U/P et à leurs coefficients U/P repas pour le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner ; puis en recopiant ces données dans la table vierge.

Bien que des systèmes de calculs informatisés existent (pompe ou PDAPhone), le support papier reste complémentaire et utile.

**6**

g/G P10g

5	0,5	...	...	...	...	0,25	5
10	1,0	...	...	...	...	0,50	10
15	1,5	...	...	...	...	0,75	15
20	2,0	...	...	...	...	1,00	20
25	2,5	...	...	...	...	1,25	25
30	3,0	...	...	...	...	1,50	

# diabète et pédagogie

## EDUCATION THÉRAPEUTIQUE : QUAND LA CULTURE S'EN MÊLE

ROSANE BRAUD

**F**ACE à la montée des pathologies chroniques, l'éducation thérapeutique est progressivement devenue un outil incontournable à leur prise en charge. Indissociable de la prise de traitements médicamenteux, elle est thérapeutique en soi [1]. Elle est proposée pour aider le patient à comprendre sa maladie et son traitement, mais aussi pour l'amener à devenir autonome [2]. Le soignant doit alors accompagner le patient, mais également lui permettre d'être un véritable acteur [3]. L'éducation thérapeutique implique donc une transformation de la place du soignant dans la relation de soin : il devient soignant-éducateur et accompagnateur, d'un patient-acteur dans la prise de décision médicale. Cette évolution de la relation soignant-soigné n'est pas sans impact sur la pratique professionnelle, ainsi que sur le vécu des professionnels.

Dans cet article, nous proposons d'interroger les difficultés rencontrées par les soignants dans cette évolution de leurs rôles. Nous nous appuyons sur des données empiriques collectées dans le cadre d'une recherche de Master de sociologie visant à étudier la transmission des messages préventifs des complications du diabète. Notre travail de terrain dans un service hospitalier de diabétologie, a pu mettre en évidence, deux grands types de difficultés récurrentes : d'une part les difficultés de type organisationnel, et d'autre part, des difficultés d'ordre relationnel sur lesquels nous allons plus particulièrement nous attarder. Dans les difficultés organisationnelles, le manque de temps allouable à chaque patient est expliqué à la fois par la répartition du rythme de travail dans le service étudié, mais aussi par un problème récurrent de sous effectif. Les professionnels déplorent également un manque de moyens – supports visuels, formation à l'éducation, documentation traduite en plusieurs langues, etc. – pour être efficace dans le temps imparti. Ces difficultés sont importantes à souligner puisqu'elles font partie du contexte dans lequel les soignants doivent devenir des éducateurs de la santé. Le deuxième type de difficultés

émergeant, est lié à la situation d'interaction avec le patient. Malgré une littérature foisonnante sur la psychopédagogie dans l'éducation thérapeutique et sur la prise en charge des pathologies chroniques, les professionnels de santé se sentent régulièrement démunis, et plus particulièrement quand ils se retrouvent face à un patient issu de l'immigration.

Nous proposons de comprendre en quoi l'éducation thérapeutique des patients issus de l'immigration peut être problématique selon les professionnels de santé. Ensuite, nous interrogerons les conséquences possibles de ces difficultés sur le parcours thérapeutique du patient. Enfin nous amorcerons une réflexion sur les enjeux d'une surinterprétation culturelle des causes de l'échec thérapeutique.

### EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS ISSUS DE L'IMMIGRATION : ÉTUDE DE CAS

Depuis les années 1970, la transformation socio-démographique de la population française, liée aux phénomènes migratoires, a entraîné une modification de la composition du public destinataire des soins [4]. Cette transformation a ainsi engendré de nouveaux questionnements dans les milieux de santé autour de la notion de culture. Dans le service étudié, la question des origines culturelles est souvent mise en avant pour comprendre l'une des limites de l'intervention éducative des soignants : le non suivi des recommandations thérapeutiques. Cette non-observance est problématique pour les professionnels de santé dans la mesure où ils constatent que les patients issus de l'immigration sont plus fréquemment pris en charge par le service, et semblent être d'avantage aux prises des complications du diabète. Les soignants interrogés dans le cadre de notre recherche expliquent que les patients issus de l'immigration sont majoritairement non-observants aux recommandations thérapeuti-

ques, et plus particulièrement à la transformation des pratiques alimentaires. Il émerge de l'analyse du discours, que ces patients sont plus difficiles à éduquer du fait d'une conception différente de la maladie. Comme nous l'explique un soignant : « *Ils sont malades à l'entrée de l'hôpital et quand ils ressortent, ils sont guéris ! Après ils vont manger comme d'habitude. Pour eux le seul moment de la maladie, c'est le moment où ils sont à l'hôpital* ». La culture, et surtout les pratiques alimentaires spécifiques qu'elle entraîne, est appréhendée comme un véritable obstacle à l'éducation thérapeutique : « *Pour eux, l'alimentation c'est vivre. Alors c'est pour ça que c'est plus dur avec eux, c'est comme si tu leur demandais d'arrêter de vivre !* ». Plus qu'un obstacle pour certains soignants, cette appartenance culturelle induit une conception de vie incompatible avec les recommandations thérapeutiques : « *Quand on leur explique, ils nous disent Inch Allah. Nous dans ces cas là ce n'est pas possible [...]. Ils mettent Dieu là dedans, et puis là, ils ne se sentent pas du tout acteurs dans leur maladie, et ça c'est un problème* ».

Les difficultés spécifiques de la prise en charge des patients immigrés dans les services de soin apparaissent comme un problème de confrontation de modèles culturels qui provoquerait, comme le nomme Bourdieu, une *hystérésis* [5]. Ce concept s'appuie sur cette tendance à reproduire les conduites acquises lors de notre socialisation primaire (pratiques alimentaires, conception de la maladie, relation de soins, etc.), quelque soit l'évolution de l'espace social dans lequel nous nous trouvons. *L'hystérésis* désigne donc la façon dont nos comportements peuvent se retrouver inadaptes, de manière plus ou moins temporaire, lorsque le contexte social change. C'est à l'appui de cette lecture, que les professionnels ont tendance à analyser la non-observance des patients issus de l'immigration. En interprétant le non suivi des recommandations de ces patients par le décalage entre les dispositions acquises par la socialisation dans le pays d'origine et les comportements attendus par l'institution

••• suite page 8

médicale, le suivi des conseils à la transformation du mode de vie apparaît alors relever d'un véritable challenge, voire d'une mission impossible pour les soignants : « *On leur explique qu'il faut contrôler l'alimentation. Tu crois qu'ils ont compris, et dès qu'ils ont de la visite à l'hôpital, les gens apportent à manger. C'est comme ça dans leur culture. Et bien ils vont manger, alors qu'ils vont avoir le plateau de l'hôpital après !* ».

Dans ce contexte, nous nous sommes interrogés sur la façon dont les soignants font face à ces difficultés relationnelles au quotidien de leur pratique. Plus qu'une simple explication, ces interprétations culturelles de la non-observance des patients issus de l'immigration peuvent-elles avoir un effet performatif ?

## INTERPRÉTATION CULTURELLE : QUEL IMPACT POSSIBLE SUR LA PRATIQUE ?

L'appui sur la culture pour expliquer les difficultés à transmettre les messages préventifs des complications du diabète auprès des patients issus de l'immigration, n'est pas sans impact sur la relation thérapeutique : « *Par exemple, un patient Africain, je sais ce qu'il va manger avant de lui demander. Ça va être des plats copieux en sauce, pas de laitage, ni de fruit. C'est vrai que je vais plus axer mes conseils là-dessus pour eux* ». Cette tendance à assimiler l'origine du patient à des pratiques alimentaires spécifiques peut biaiser la relation de soin. L'objectif de l'éducation thérapeutique étant de permettre au patient de vivre avec sa maladie tout en préservant une certaine qualité de vie, la communication et l'échange entre le soignant-éducateur et le soigné est primordiale afin de trouver des solutions adaptées au patient. Or le fait d'associer origine et pratiques sociales peut avoir deux conséquences. La première est d'éviter l'échange avec le patient puisque l'on pense savoir d'avance quels vont être les comportements alimentaires problématiques. La seconde conséquence qui découle de la précédente, est d'en déduire une orientation particulière des conseils thérapeutiques, et ainsi d'adopter un discours préventif préformaté en fonction de l'origine du patient, et non en fonction de ses pratiques réelles. Le recours au culturel peut laisser place à des représentations sociales actives dans la société actuelle qui ne sont pas sans

incidences sur les soins [6]. Nos analyses tendent à montrer que le contenu des messages préventifs varie selon l'origine du patient du fait de ce processus d'assimilation de pratiques alimentaires spécifiques des différentes cultures. Les patients issus de l'immigration ont tendance à bénéficier d'un message plus standardisé, moins personnalisé, se limitant parfois à un rappel des normes à atteindre. Nous avons aussi pu constater que les conseils de transformation du mode de vie qu'implique le diabète, sont plus souvent dictés comme comportements à adopter et moins souvent accompagnés d'explications pouvant les rendre intelligibles. Ce raccourci entre origine et pratiques comporte donc le risque d'enfermer l'individu dans des pratiques supposées et de légitimer la mise en place de stratégies éducatives moins adaptés aux besoins du patient, rentrant moins dans les détails, et par là plus globalisantes.

Dans la mesure où il induit un message préventif standardisé, moins adapté au patient, ce processus de catégorisation de l'origine à des pratiques spécifiques, peut avoir un impact direct sur l'équilibre du diabète. Comme le souligne certains travaux, mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il sera capable de la gérer correctement [7]. Si l'explication des conduites à tenir face au diabète est moins approfondie, et moins adaptée à la réalité de vie du patient, pourra-t-il y adhérer ? Avec des messages globaux, pourra-t-il mettre en œuvre dans sa vie quotidienne, les transformations du mode de vie requises pour équilibrer le diabète ? A trop se focaliser sur la culture, nous prenons le risque de justifier une prise en charge différente, qui peut entraîner des effets opposés à ceux désirés. Plus qu'un moyen d'échange, la communication est donc un véritable outil de travail pour les soignants-éducateurs [8]. Si le patient n'a pas les moyens nécessaires pour équilibrer lui-même ses glycémies, non seulement il encoure un risque de complications du diabète, mais en plus, sa prise en charge par les milieux de santé en sera plus fréquente. Ce qui a pour effet direct auprès des soignants, de conforter l'idée que ces patients ont plus de difficultés à gérer leur maladie et de légitimer l'explication culturalisante de l'échec thérapeutique. A travers cette analyse, il nous apparaît alors que la relation de soin, la manière dont sont transmis les conseils

préventifs ainsi que leur contenu prennent une place plus déterminante dans la réussite de l'éducation thérapeutique que les pratiques culturelles des patients.

## CULTURE ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : QUELS ENJEUX DE LA RELATION DE SOIN ?

Cet article n'a pas la prétention de faire de ce processus de catégorisation entre origine et pratiques spécifiques une généralité des postures des professionnels, ni de nier l'existence de différences culturelles. Il a pour objectif d'amorcer des pistes de réflexion sur les dangers d'une trop grande focalisation sur les pratiques culturelles pour expliquer l'échec thérapeutique des patients issus de l'immigration.

Envisager que ces patients sont non-observants aux conseils à cause de leurs pratiques et représentations culturelles, revient à considérer qu'ils seraient dans l'incapacité d'adhérer aux recommandations thérapeutiques. Dans cette perspective, cela équivaut à penser la culture comme une seconde nature [9]. Interrogeons-nous : Les patients identifiés comme d'origine Africaine par exemple, ont-ils tous les mêmes pratiques culinaires ? Dans le service étudié, les patients identifiés comme Africains, ne sont pas majoritairement des migrants primo-arrivants. Se sont très souvent des personnes nommées communément immigrés de la deuxième ou troisième génération, mais qui ont en réalité toujours vécu en France. Considérer que les pratiques traditionnelles ne peuvent pas changer, passe sous silence l'ensemble des mécanismes de recompositions des pratiques alimentaires qu'engendre la migration. Si certaines pratiques persistent, d'autres, sous l'effet du processus d'adaptation se réinventent [10 ; 11]. Sous l'expression « pratiques alimentaires des patients d'origine Africaine » se cache en réalité une multitude de pratiques alimentaires différentes. La constitution des pratiques sociales n'est pas seulement dépendante de la socialisation primaire, elle peut aussi être influencée



... suite page 9

par le parcours de vie du patient, c'est-à-dire son parcours migratoire, son rapport à l'institution médicale, ses conditions économiques d'existence, etc. Dans la mesure où les pratiques culturelles peuvent évoluer, la culture ne peut être envisagée comme non transformable, c'est-à-dire comme naturelle. La culture prise en dehors de tout continuum fige les individus dans des catégories qui ne sont que des représentations sociales. Dans la relation thérapeutique, la prise en compte des pratiques culturelles ne peut avoir d'intérêt qu'une fois réintroduite dans le parcours de vie du patient.

L'explication de l'échec thérapeutique en termes culturels n'est pas non plus sans enjeux sur la place des acteurs de la relation de soin. La dynamique d'action des soignants dans l'éducation thérapeutique s'inscrit dans une logique préventive des complications du diabète. Il est alors attendu du patient qu'il modifie ses pratiques alimentaires et son hygiène de vie. Penser que la non-observance des patients issus de l'immigration est imputable à leurs pratiques culturelles, ne serait-il pas une façon de mettre la responsabilité de l'échec thérapeutique sur la culture du patient ? Dans ces conditions, quelle place d'acteur accorde-t-on à ces patients ? Invoquer la culture pour justifier une incapacité à modifier ses comportements, revient à refuser l'idée que le non suivi des recommandations peut être le résultat de logiques sociales cohérentes. En effet, la transformation de l'alimentation ne peut être envisagée comme une simple prescription. L'alimentation étant au cœur de constructions identitaires complexes, sa transformation n'est pas sans conséquences sur la vie sociale du patient. Ne plus manger comme ses pairs peut engendrer une forme d'exclusion du groupe d'appartenance. Ne pas transformer ses pratiques alimentaires pourrait alors être envisagé comme une façon de préserver un certain bien-être social [12]. Plus que de transmettre une information sur les conduites à tenir, il appartient alors au soignant d'accompagner le patient à adopter des pratiques alimentaires garantissant l'équilibre du diabète tout en étant compatibles avec son environnement.

Plus globalement, le recours aux pratiques culturelles du patient pour expliquer qu'il ne modifie pas ses comportements alimentaires à tendance à renvoyer la responsabilité de l'échec thérapeutique du côté du patient [4]. Sans insister sur le sentiment de

culpabilité parfois exprimé par les patients que cette posture peut provoquer, peut-on envisager que la responsabilité de l'échec thérapeutique soit seulement imputable au non suivi du patient ? La volonté du patient et sa motivation sont évidemment importantes, mais d'autres causes peuvent être invoquées. Plusieurs études montrent que le recours au culturel pour expliquer l'échec thérapeutique a tendance à occulter les conditions socio-économiques de vie de ces patients migrants, souvent marquées par les inégalités sociales induites par leur statut différent dans la société [13 ; 4]. L'explication culturalisante des causes de l'échec thérapeutique a aussi pour effet de laisser penser que l'intervention des professionnels de santé n'a aucun impact sur les pratiques des patients. Or comme nous l'avons soulevé précédemment, les modes de transmission des messages préventifs peuvent également être une autre voie explicative du niveau d'observance des patients. L'intervention des professionnels ne peut donc pas être écartée des causes explicatives de la réussite ou non de la thérapie. L'échange, l'écoute et la compréhension des causes effectives du non suivi en fonction des conditions d'existence du patient, sont source de plus grande réussite de la relation de soin que de se satisfaire d'une explication culturelle du non suivi des recommandations thérapeutiques.

## CONCLUSION

Cet article n'a pas pour but de remettre en cause l'importance des pratiques du patient et ses représentations de la maladie dans la réussite de la thérapie. Mais il est nécessaire de ne pas considérer d'emblée ces éléments comme des obstacles à l'intervention thérapeutique. Considérer les « mauvaises » pratiques d'hygiène de vie des patients comme causes de l'échec thérapeutique, a pour conséquence de rejeter la responsabilité sur le patient, et ainsi d'occulter d'autres voies possibles d'explication. La compréhension par le soignant-éducateur des difficultés concrètes de suivi du patient, est importante afin de pouvoir construire une relation de soin dynamique. L'éducation thérapeutique demandant au soignant de prendre en compte l'ensemble de la personne et non pas seulement de soigner un organe malade [14], la discussion et l'écoute deviennent donc de véritables outils de travail qui doivent être maniés avec soin par les professionnels de santé. Ce nouveau rôle d'action sur la maladie par

l'intermédiaire du patient, n'est pas toujours évident à gérer au quotidien d'une organisation de travail qui ne laisse que peu de temps à l'intervention éducative. Au regard des difficultés relationnelles évoquées dans la mise en pratique de l'éducation thérapeutique, les soignants ont-ils les outils pédagogiques nécessaires à la prise en charge des maladies chroniques ? Leur formation initiale est-elle suffisante ? La mise en place d'une formation complémentaire, systématique et spécifique au suivi des patients atteints de maladies de longue durée, apparaît comme un moyen incontournable à la réussite thérapeutique.

<sup>1</sup> Albano MG, Jacquemet S, Assal JP. « Patient education and diabetes research: a failure! Going beyond the empirical approaches », *Acta Diabetol*, 1998, 35: 207-14.

[2] Gagnayre R, Traynard P-Y, « L'éducation thérapeutique du patient diabétique », dans *Le traité de diabétologie*, coord. Grimaldi A., Médecine Sciences, Flammarion, Paris, 2005, 445-454.

[3] Golay A, Lager G, Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, « L'enseignement thérapeutique : Application au patient diabétique », *Revue médecine Liège*, 2005, 60 : 5-6, p.599-603.

[4] Cognet M, « Au nom de la culture : Réflexion sur un usage inflationniste de la notion de culture dans la santé », dans Cognet M. et Montgomery C, *Éthique de l'Altérité*, Presses de l'Université, Laval, Collection Santé, culture et société, 2007.

[5] Bourdieu P, *La distinction - critique sociale du jugement*, Le sens commun, Les éditions de Minuit, Paris, 2003, 669p.

[6] Kotobi L, « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes & Migrations*, Juin 2000, 1225 : 62-72.

[7] Assal J-P, Lacroix A, Peraya D, « Former les médecins qui apprennent aux malades à se soigner. Une expérience pilote en formation médicale post-graduée », *La revue d'Education Médicale*, XII (2), 17-23, 1994.

[8] Kourilsky F, « De la relation d'aide à la relation d'entraide: motiver le patient à coopérer », *Perspective soignante*, 2 : 74-88, 1998.

[9] Fassin D, « Santé, le traitement de la différence », *Hommes et Migrations*, 1225 : mai-juin 2000.

[10] Hubert A, « Cuisine et politique : le plat national existe-t-il ? », *revue des Sciences sociales : révolution dans les cuisines*, 2000.

[11] Hassoun JP, « Se nourrir. Un faisceau d'habitudes, des influences pluriculturelles », in *Hmong du Laos en France. Changement social, initiatives et adaptations*, Paris, PUF, coll. Ethnologies, 1997, (chapitre 5 : pp. 107-134)

[12] Roy B, Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère - diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit, *Sociétés, culture et santé*, Presse Universitaire de Laval, 2002, 247p.

[13] Fassin D, « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », dans *Didier Fassin (dir), Critique de la santé publique*, Paris, Balland, 2001.

[14] Assal J-P, « Traitement des maladies de longue durée : de la phase aigüe au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge », *Encycl Méd Chir, Elsevier Paris, Thérapeutique*, 25-005-A-10, 1996,18p.

# LES PATIENTS

## VÉCU DU DIABÈTE DE TYPE 2 : LE DESSIN COMME MOYEN D'EXPRESSION

DR. CLAUDE SACHON, NATHALIE MASSEBOEUF, DIÉTÉTICIENNE, DOMINIQUE MATER, INFIRMIÈRE

GROUPE HOSPITALIER PITTÉ-SALPÊTRIÈRE - 47-83 BD DE L'HÔPITAL - 75013 PARIS

DANS leur guide méthodologique : « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » (juin 2007), l'HAS et l'INPES déclare que l'ETP offre un champ de recherche encore largement sous-exploité. Les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et le suivi des maladies chroniques doivent être amenés à évaluer à la fois le processus et l'efficacité des programmes sur le terrain. Ces évaluations doivent être encouragées, avec la possibilité de recourir à des méthodes différentes de celles de la recherche biomédicale classique.

Ainsi, nous avons souhaité évaluer une séance éducative intégrée dans un programme d'éducation thérapeutique de l'unité de semaine du service de diabétologie, destiné aux diabétiques de type 2. La technique pédagogique consiste à l'élaboration d'un dessin par chaque patient afin que chacun puisse représenter le vécu de sa maladie et le commenter. La finalité de cette séance est d'identifier les événements qui vont faciliter ou faire obstacle à l'apprentissage. Le dessin de la santé a déjà été réalisé comme outil dans l'évaluation des représentations de la maladie chez l'enfant asthmatique (B. GINIERES, R. GAGNAYRE, 2004).

### DESCRIPTION DE LA SÉANCE

Depuis le 17 octobre 2005, une séance d'apprentissage destinée à « Mettre le diabète en forme et en couleur » est proposée aux patients diabétiques de type 2 lors d'une séance de groupe de six patients.

Chaque patient réalise un dessin et l'explique. Un seul membre de l'équipe anime la séance, en présence des deux autres. Un questionnaire d'évaluation le lendemain de la séance est remis (depuis le 27 novembre 2006).

Le but est de mieux comprendre la manière dont les patients cherchent à s'adapter à ce qui leur arrive, à mieux comprendre leurs réactions, et ce qui peut influencer ou favoriser les évolutions dans l'acquisition des compétences. Le patient doit pouvoir s'exprimer au delà des frustrations alimentaires et des contraintes liées aux traitements, qu'il verbalise le plus souvent par des méthodes habituelles d'entretien.

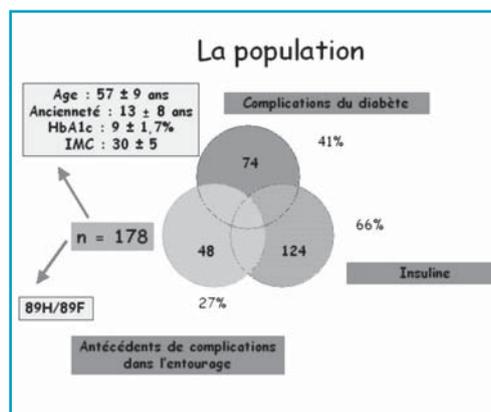
### OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Il s'agit d'une étude prospective, destinée à :

1. Mettre en évidence les représentations du diabète chez les patients, grâce au dessin
2. Apprécier la cohérence entre les représentations liées à la verbalisation du dessin et le sentiment d'avoir pu les exprimer
3. Rechercher une incidence entre le vécu exprimé par le dessin et l'équilibre du diabète

### MÉTHODE

#### 1. La population étudiée



Notre population diffère de la population diabétique de type 2 en France (Etude ENTRED) :

- Ils sont plus jeunes
- Ils présentent un moins bon équilibre glycémique
- Ils présentent une obésité plutôt qu'un surpoids
- Ils ont plus de complications
- Ils ont plus recours à l'insulinothérapie

En revanche, la répartition homme/femme et l'ancienneté de la maladie sont identiques.

#### 2. Le modèle théorique

Le modèle des croyances de santé (Health Belief Model - HBM) (Rosenstock, 1974) est un des premiers modèle utilisé pour expliquer les comportements de santé.

Toutefois, il se base sur la théorie de l'utilité subjective attendue et considère qu'une personne ne décide d'avoir un comportement qu'après avoir identifié les options d'actions possibles et leur impact. Or, un comportement de santé n'émane pas uniquement d'une règle de décision rationnelle. En revanche, nous avons trouvé intéressant d'explorer les résultats à partir des différentes variables influençant le comportement de santé, décrites dans ce modèle.

- (1) Être persuadé qu'on est bien atteint par la maladie
  - Suis-je malade ?
  - Le diabète est-il une maladie ?
- (2) Penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour soi
  - Suis-je inquiet des conséquences du diabète ?
  - Puis-je en mourir ?



... suite page 11

- (3) Penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique

Changer de comportement, est-ce que ça marche ?

Ou est-ce uniquement une question de chance ou de fatalité ?

- (4) Penser que ces bénéfices soient supérieurs aux contraintes du traitement et aux complications liées à la maladie

Se soigner, est-ce uniquement des contraintes ?

- (5) Avoir confiance en soi et dans les autres (soignants, entourage)

Est-ce que ça dépend de moi ?

Est-ce la faute des autres, si je n'y arrive pas ?

Est-ce de toutes façons le rôle des politiques ou des médecins ?

Est-ce Dieu qui décide ?

### 3. La méthode d'analyse des résultats du dessin

A partir de l'explication du dessin, nous avons retenu six catégories de contenu correspondant aux variables décrites dans le HBM :

- ... La gravité de la maladie (1)
- ... Les inquiétudes ou la peur (2)
- ... La mort (2)
- ... La résignation (3)
- ... Les contraintes (4)
- ... La pensée magique ou les facteurs externes (5)

Plusieurs catégories de contenu peuvent être évoquées par le même patient.

### 4. Le questionnaire

**Le questionnaire**

1/ Lors de la présentation de la séance « dessin », les objectifs et les consignes étaient-ils clairs pour vous ?

Pas du tout    Un peu    Plutôt    Beaucoup

2/ Selon vous, le matériel proposé (feutres, peintures...) convenait-il ?

Pas du tout    Un peu    Plutôt    Beaucoup

3/ D'après vous, le dessin vous a-t-il permis d'exprimer votre ressenti ?

Pas du tout    Un peu    Plutôt    Beaucoup

4/ Selon vous, votre explication verbale du dessin était-elle cohérente avec votre vécu du diabète exprimé par ce dessin ?

Pas du tout    Un peu    Plutôt    Beaucoup

5/ Est-ce que le fait d'expliquer votre dessin a éveillé, chez vous, des difficultés ou des inquiétudes ?

Pas du tout    Un peu    Plutôt    Beaucoup

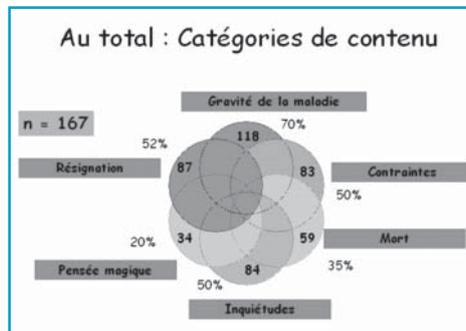
6/ Cette forme d'expression par le dessin vous a-t-elle satisfaite ?

Pas du tout    Un peu    Plutôt    Beaucoup

Le questionnaire a été remis en cours d'étude. Par conséquent, il ne concerner que 60% de la population.

## RÉSULTATS

### 1. Les dessins



Annexes (Fichier PowerPoint)

### 2. Cohérence de la séance

76% des patients déclarent que le dessin leur a permis d'exprimer leur ressenti. 77% trouvent que leur explication est cohérente avec leur vécu de la maladie.

### 3. Relation entre l'expression du vécu du diabète et son équilibre

Premièrement, le vécu de la maladie au travers le dessin n'est pas lié à l'âge du patient, à l'ancienneté de sa maladie, à son sexe, à l'équilibre de son diabète, à son poids, à la nature de son traitement (insuline ou pas) ou à la présence de complications ou d'antécédents de complications dans l'entourage. Les « caractéristiques médicales » ne permettent donc pas de « supposer » les représentations du patient vis-à-vis de sa maladie. Par conséquent, une séance éducative permettant l'expression du vécu de la maladie par le patient est indispensable.

Deuxièmement, la moitié des patients estime que l'expression de leur vécu du diabète, grâce au dessin, a permis d'éveiller chez eux des inquiétudes ou des difficultés.

Ceci est indépendant de la nature de ce qu'ils ont exprimé :

... Soit parce qu'ils en étaient déjà conscients, et que cela n'a donc pas été « éveillé »

... Soit parce qu'il ne font pas de lien entre ce qu'ils ont exprimé et ce dont ils ont conscience, même s'ils estiment avoir pu exprimer leur ressenti

Nous voyons là, que la perception du diabète exprimé par le patient grâce au dessin échappe parfois à la conscience : s'agit-il d'un mécanisme de résistance ? Cela montre qu'un comportement de santé ne découle pas simplement d'une règle de décision rationnelle.

## CONCLUSION

Le dessin et son explicitation est un outil permettant aux patients étudiés de pouvoir exprimer leur ressenti.

Les diabétiques de type 2 ne sont pas seulement des patients « inobservants » : leur système de représentations ne « garantit » pas, à lui seul, les comportements de santé et les résultats thérapeutiques. L'expression de leur vécu et la conscience, qu'ils en ont, sont parfois discordants.

Pour les soignants, le dessin et son explicitation est un outil permettant de repérer les événements psychologiques qui vont faciliter ou faire obstacle à l'apprentissage, et qui peuvent servir de levier à l'éducation thérapeutique.

**Deux dessins issus du travail de Claude Sachon seront présentés dans chaque prochain numéro du DELF dans la rubrique « Cas Patient ».**

# LES PATIENTS

## Monsieur K. Muhsin - 19/12/05

- 57 ans - Marié - 3 enfants - 7 petits-enfants
- Mécanicien à la retraite
- Turc
- Diabétique de type 2 depuis 26 ans, sous insuline
- HBA1c : 8,4%, IMC : 35
- Rétinopathie - Néphropathie
- Néphropathie chez la mère

*Je suis enfermé dans la maison. Je ne peux pas en sortir, tout est interdit. Tout est noir, dehors. Je ne peux pas sortir avec le diabète.*



Pas de questionnaire

## Madame H. Mariame - 19/12/05

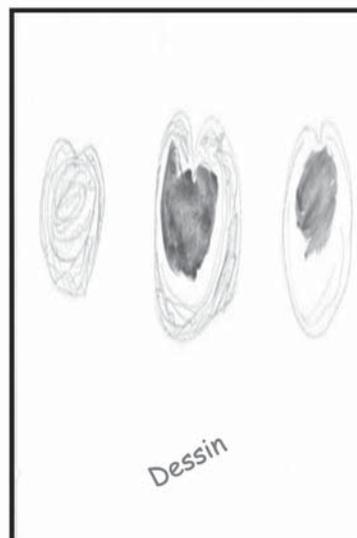
Date de la séance

- 38 ans - Célibataire - 4 enfants
- Femme de ménage
- Comorienne
- Diabétique de type 2 depuis 10 ans, sous insuline
- HBA1c : 9,3 %, IMC : 30
- Pas de complications microangiopathiques
- Pas d'antécédents de complications dans la famille

Caractéristiques du patient

*Avant l'insuline, le diabète était moins grave. Actuellement, c'est un cœur noir et rouge. Je suis dans une chambre noire, je suis condamnée à mort. J'ai des médicaments pour m'en sortir, mais pas pour guérir. Mes enfants vont-ils avoir le diabète ?*

Explicitation libre sur le dessin



Réponses au questionnaire

Pas de questionnaire



## Diabète Education de Langue Française

SECTION FRANCOPHONE DE DIABETES EDUCATION STUDY GROUP

### COTISATION POUR L'ANNEE 2009 A DIABETE EDUCATION de LANGUE FRANÇAISE

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

**Droits d'inscription : 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 (en caractères d'imprimerie)**

NOM .....

Prénom .....

Adresse .....

Code Postal .....

Téléphone .....

Télécopie .....

E-mail (important) .....

Groupe régional .....

**Profession**

Médecin

Infirmier(e)

**Activité(s)**

Hospitalière

Psychologue

Libérale

Podologue - pédicure

Salariée

Diététicien(ne)

Autre

Merci d'adresser ce bulletin accompagné de votre règlement :

**D.E.L.F.**

**88, rue de la Roquette - 75544 PARIS Cedex11**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat du DELF, 88 rue de la Roquette, 75544 Paris Cedex 11.



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

# DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

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



**Désormais disponible en conditionnement trimestriel**

**Une seule prise par jour**

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

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

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

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

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

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

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

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

Majorent l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillés),  $\beta$ -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres anti-diab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H<sub>2</sub>, IMAO,

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

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

Hypoglycémie, troubl. gastro-intest. Plus rares, régressant à l'arrêt du trait. : érup. cutanéomuq., troubles hématol., troubles hépatobil. : élévation des enz. hépat., hépatites (cas isolés). Si ictere 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 6<sup>e</sup> h puis évoluent en plateau entre la 6<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> 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.

