



DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ EDUCATION
VOLUME 19 - N° 1
Avril 2009

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

éd:to

IL EST TEMPS DE PRÉVENIR LE DIABÈTE DE TYPE 2.

PROFESSEUR PAUL VALENSI

SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE-DIABÉTOLOGIE-NUTRITION

HÔPITAL JEAN VERDIER, UNIVERSITÉ PARIS-NORD, CRNH-IDF, BONDY. (PAUL.VALENSI@JVR.APHP.FR)

LE diabète de type 2 se développe à vitesse accélérée dans le monde entier et la France n'échappe pas à cette règle. Le phénomène se poursuit parallèlement au développement de l'obésité et au vieillissement de la population.

Il est bien montré que le dépistage précoce de la maladie contribue à en améliorer la prise en charge et à éviter ses complications. Il repose au minimum sur le dosage de la glycémie à jeun de façon opportuniste et mieux dans des populations ciblées, à risque de diabète. Mais rappelons que dans l'étude DECODE par exemple, un tiers des diabètes était découvert seulement sur le dosage de la glycémie deux heures après prise orale de 75 g de glucose alors que la glycémie à jeun n'atteignait pas le seuil de définition du diabète.

Il serait encore plus satisfaisant bien sûr de prévenir l'apparition du diabète de type 2. Or plusieurs études ont clairement montré qu'il existe des moyens efficaces pour éviter l'évolution du prédiabète vers le diabète avéré. Un préalable consiste donc à identifier le prédiabète. Rappelons que les états prédiabétiques se définissent par une hyperglycémie à jeun (entre 1,10 et 1,25 g/l) et/ou une intolérance au glucose (glycémie entre 1,40 et 1,99 g/l deux heures après charge orale en glucose). Cette épreuve renforce donc aussi les performances du dépistage du prédiabète. Peu pratiquée en France, elle devrait l'être au moins dans des populations ciblées, à risque élevé de diabète. Il s'agit en particulier, dans la population âgée de plus de 40 ans, de sujets obèses ou ayant un tour de taille élevé, de sujets ayant un antécédent familial de diabète, des hypertendus, des femmes ayant fait un diabète gestationnel ou donné naissance à un enfant de poids de naissance dépassant 4 kg, des coronariens. Chez les migrants le dépistage devrait être réalisé dès l'âge de 25 ans si ces mêmes critères sont remplis. L'évaluation du risque de diabète peut alternativement se faire en recourant à un score comme le score Findrisc qui a été développé en Finlande et qui a d'abord démontré sa forte valeur prédictive de diabète incident et ultérieurement sa

valeur prédictive d'un diabète existant. Ce score a ensuite été validé dans certains pays européens et nous avons récemment rapporté qu'un score Findrisc élevé s'associe chez les obèses à une forte prévalence de diabète ou de prédiabète.

Selon des études épidémiologiques longitudinales et des essais d'intervention l'existence d'un prédiabète s'associe à l'évolution vers un authentique diabète de type 2 dans 30 à 40% des cas au cours des quatre années suivantes. Les essais d'intervention ont montré de façon très convergente que des mesures renforcées d'amélioration de l'hygiène de vie (diététique, activité physique) encadrées par une équipe multidisciplinaire comportant médecins, diététiciennes, infirmières, éducateurs physiques, psychologues sont capables de réduire de 50 à 60% la progression de l'intolérance au glucose vers le diabète. En outre le bénéfice de la prévention demeure après l'intervention. Certains médicaments comme la metformine, l'acarbose et l'orlistat, ont également fait preuve de leur efficacité dans des essais contrôlés en réduisant de 25 à 30% la progression de l'intolérance au glucose vers le diabète mais aucun de ces médicaments n'est remboursé dans cette indication en France.

Les enjeux de la prévention du diabète sont donc importants à la fois en termes numériques compte tenu de la forte prévalence du prédiabète et en termes de moyens à mettre en œuvre dans la mesure où un grand nombre de soignants d'appartenance multidisciplinaire doivent être formés à la démarche de prévention. Répondre à ces enjeux implique :

- une stratégie consensuelle de dépistage précoce du diabète et du prédiabète,
- une sensibilisation de la population générale ou au moins des populations à risque,
- le large recours à un score de risque et à la charge orale en glucose dans des situations bien définies,
- l'information du patient sur son risque de diabète et le renforcement de sa motivation à entreprendre une démarche active de prévention,
- la formation d'équipes susceptibles de mettre en œuvre des programmes de prévention par des mesures hygiéno-diététiques,

- l'implication de différents professionnels, médecins, para-médicaux mais aussi pharmaciens.

Certains pays ont mis en place des programmes intensifs de prévention.

Citons en particulier le DE-PLAN qui a vu le jour en Finlande, qui s'est ensuite développé en Allemagne puis dans d'autres pays européens et de façon beaucoup plus embryonnaire en France. Le projet IMAGE (Implementation of A European Guideline and Training Standards for Diabetes Prevention) soutenu par la Commission Européenne et auquel notre équipe participe a été mis en œuvre pour développer des directives européennes axées sur la pratique de la prévention primaire du diabète de type 2,

SOMMAIRE

Éditorial : Il est temps de prévenir le diabète de type 2 P. 1
Paul VALENSI

Vu pour vous : Revesdiab P. 3
Sylvie Deilheis

Diabète et pédagogie : Empowerment et soutien social des personnes vivant avec un diabète : développement d'un outil d'évaluation à usage clinique P. 4
Olivier Walger

De la théorie à la pratique : Développer un cours pour porteurs de pompe à insuline à partir de la perspective des patients concernés-quelques réflexions à propos d'une démarche en cours P. 8
Marc Egli

Vie du DELF : Annonce de la réunion du groupe régional DELF Paris-Ile de France P. 10

Vie des congrès : Compte rendu session éducation thérapeutique-EASD Rome 2008 P. 11
Ghislaine Hochberg

Vous avez du DIABÈTE

Comme moi, vivez pleinement vos passions sous le



7 % la limite à ne pas dépasser à chaque contrôle trimestriel
de votre hémoglobine glyquée (HbA1c)*.

Des patients témoignent sur

www.sousle7.com

Parlez-en avec votre médecin
ou appelez le **3260**** dites **AllôDiabète**®

en partenariat avec



sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

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

Association
Française
des **Diabétiques**

* Voir les recommandations de bonnes pratiques de l'AFSSAPS/HAS sur le diabète. ** Service disponible du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 19h00.
Coût d'un appel depuis un poste fixe France Telecom (Paris ou province) : 0,15 cts HT/minute (au-delà du crédit temps de 45 s : 0,094 € HT/min).

... suite page 1

développer un programme européen de formation de responsables de prévention et développer un portail européen de formation e-santé sur Internet qui devra permettre aux responsables prévention de poursuivre leur formation. Ce projet compte 32 partenaires résidant dans 13 états membres de l'U.E. et des partenaires collaborateurs en Serbie, en Israël et en Ukraine. Les résultats des différents groupes de travail seront présentés lors du 6ème Congrès International sur la prévention du diabète et ses complications qui se tiendra en avril 2010 à Dresde en Allemagne.

Pour notre part nous avons initié une série d'actions à l'échelle régionale et nationale :

- création d'un Diplôme Inter-Universitaire (Paris 13 et Paris 5) de formation d'acteurs relais dans la prévention du diabète, de l'obésité, des maladies cardio-vasculaires, ouvert aux médecins et aux para-médicaux et à tous les professionnels de Santé Publique. Ce DIU intégrera à terme dans son programme, la maquette du programme européen

IMAGE lorsqu'elle sera disponible ;

- création d'un Groupe de travail de l'ALFEDIAM sur la prévention du diabète de type 2, ouvert aux mêmes professionnels membres de l'ALFEDIAM médical et para-médical et dont la première réunion se tiendra le 27 mai 2009 à Paris ;

- diffusion large du score Findrisc, un auto-questionnaire simple comportant 8 questions, que nous utilisons systématiquement chez les patients obèses ou en surpoids, et que nous avons proposé à des services de Cardiologie et à des pharmaciens, ainsi qu'au Centre d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie de Bobigny ;

- une action spécifique de prévention, le programme IPECORDIA (Itinéraire de Prise En Charge de l'Obésité et du Risque de Diabète), en groupes d'une quinzaine de participants, que nous menons depuis près de deux ans au Centre Municipal de Santé de Bondy auquel nous confions nos patients prédiabétiques. Les premiers résultats font état d'un taux de participation des patients de l'ordre

de 60% une année après l'inclusion. L'action est actuellement élargie à d'autres CMS de Seine-Saint-Denis.

Si des recherches doivent être poursuivies dans le domaine de la prévention du diabète de type 2, il est temps néanmoins de mettre en œuvre dès à présent de véritables programmes de prévention dans notre pays. Les moyens doivent être développés au mieux au sein de programmes nationaux mais aussi en s'appuyant sur des ressources régionales. L'information doit également être véhiculée dans la population générale. Un grand nombre de professionnels doivent être formés à la démarche d'évaluation du risque, de sensibilisation des patients à leur propre risque et à l'organisation et à la réalisation de programmes en groupes. Les équipes de diabétologie largement rodées à l'éducation du patient depuis fort longtemps devraient jouer un rôle actif dans cette démarche

VAL DE MARNE ESSONNE SEINE ET MARNE POUR VOUS

REVESDIAB

RÉSEAU DE SANTÉ VAL DE MARNE ESSONNE SEINE ET MARNE POUR LES DIABÉTIQUES DE TYPE 2

SITE INTERNET : WWW.REVEDIAB.FR / E-MAIL : SEC.REVEDIAB@WANADOO.FR -

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT INFIRMIER - SYLVIE DEILHEIS



DEPUIS 2007, le réseau REVESDIAB a mis en place un programme d'accompagnement pour les patients diabétiques de type 2.

Cet accompagnement est assuré par des infirmiers libéraux ou salariés de centres municipaux de santé, formés et encadrés par le réseau.

Le programme est prescrit par le médecin traitant. Il s'agit d'un complément au suivi global du patient. Il ne se substitue pas à celui-ci. L'accompagnement répond directement aux recommandations de l'HAS : « Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ». Il contribue à « l'amélioration de la qualité des soins », « en réorganisant la prise en charge des patients » (HAS p5).

L'INFIRMIER A POUR MISSIONS :

- D'accompagner le patient dans son parcours de soins.
- De déterminer ses besoins en éducation et de l'orienter vers les structures existantes.
- D'aider à l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques.

- De travailler en liaison avec le médecin traitant auquel il retourne régulièrement une information systématique et formalisée.

Le programme d'accompagnement débute par un entretien de face-à-face d'environ 1 heure réalisé au domicile du patient, au cabinet infirmier ou au centre de santé. Il permet d'évaluer les risques prioritaires selon un document élaboré par le réseau en conformité avec les recommandations HAS-AFSSAPS (voir annexe). L'infirmier négocie avec le patient 2 à 3 objectifs personnalisés. Un premier suivi téléphonique est programmé un mois après. Ensuite, l'infirmier revoit le patient deux fois en entretien de face-à-face, au 6ème et au 12ème mois. La fréquence des appels téléphoniques intermédiaires est modulable selon le niveau de risque. Le réseau assure l'encadrement et la formation continue des infirmiers participant au programme d'accompagnement. Plusieurs thèmes ont été abordés sur 2 sites, Villejuif et Melun :

- Les anti-diabétiques oraux
- L'insulinothérapie
- Le pied diabétique
- La diététique du diabète
- Insuffisance rénale chronique et diabète
- Hypertension artérielle et diabète

Les infirmiers disposent également d'une possibi-

lité de contact téléphonique permanent avec le réseau.

Des outils de travail spécifiques ont été élaborés par le réseau, notamment un guide d'accompagnement infirmier et un répertoire des ressources médico-sociales. Un document de synthèse est remis lors de chaque formation.

Actuellement, 22 infirmiers participent activement au programme d'accompagnement : 12 infirmiers libéraux et 10 infirmiers de centres de santé.

Le nombre de médecins prescripteurs est de 20 et le nombre de patients inclus est de 36.

Une première réunion-bilan entre les différents acteurs est prévue en février 2009.

Ces premiers chiffres sont inférieurs à nos prévisions. Néanmoins, le programme d'accompagnement infirmier mis en œuvre jusqu'à présent a répondu en majorité aux attentes des patients et des professionnels de santé concernés. Les craintes vis-à-vis de l'évolution des responsabilités diminuent progressivement. Les prescriptions médicales commencent à se développer.

« La répartition des tâches entre professionnels est un facteur essentiel de la qualité du système de santé et de sa capacité à répondre aux besoins de la population » (Recommandations HAS 2008, p8)



diabète et pédagogie

EMPOWERMENT ET SOUTIEN SOCIAL DES PERSONNES VIVANT AVEC UN DIABÈTE : DÉVELOPPEMENT D'UN OUTIL D'ÉVALUATION À USAGE CLINIQUE

OLIVIER WALGER

Professeur chargé d'enseignement HES (soins infirmiers) - Titulaire d'un Master en sciences de l'éducation, spécialité Education et Promotion Sanitaire et Sociale, université de Franche-Comté - Détenteur du certificat en éducation thérapeutique des patients, université de Genève

RÉSUMÉ

Afin d'aider certains professionnels de la santé à effectuer une analyse clinique du rapport qu'entretient la personne avec son diabète et d'évaluer l'efficacité, voire l'efficacité de leurs stratégies éducatives, nous avons élaboré, dans le cadre d'un projet de recherche [12], un instrument permettant d'estimer l'empowerment en lien avec le soutien social. Sur la base d'une revue de la littérature, nous avons élaboré une définition opératoire de ce nouveau concept. Nous avons ensuite procédé à une méthode participative Delphi avec trois chercheurs, trois professionnelles spécialisées et trois patients pour sélectionner les attributs, puis les items les plus pertinents pour créer un questionnaire à usage clinique. Ce dernier a été soumis à une première procédure de validation, qui doit encore être approfondie, ce que nous entreprendrons dès que nous aurons trouvé un financement.

Mots-clés : Empowerment - Soutien social - Diabète - Psychométrie - Méthode participative Delphi.

INTRODUCTION

Problématiques et objectifs

Dans cet article, nous rendons compte de la procédure de création et d'évaluation d'un outil clinique, qui devait en tout premier lieu permettre de mettre en évidence la pertinence des visites de conseil à domicile que des infirmières, spécialisées de l'association locale du diabète (AND), effectuent auprès de personnes diabétiques.

En effet, si de telles visites semblent théoriquement pertinentes, ne serait-ce que par la prise en compte du contexte de vie dans les prestations éducatives, il devenait nécessaire, pour des raisons budgétaires notamment, d'en démontrer la pertinence réelle à travers une procédure d'évaluation. Par ailleurs, devant la nécessité de devoir, pour les mêmes raisons budgétaires, réduire

la fréquence de ces mêmes prestations, il devenait également urgent de disposer une procédure permettant de sélectionner les personnes qui en nécessitent le plus.

D'où l'idée de créer un outil clinique permettant, d'une part, d'évaluer les besoins des personnes susceptibles de bénéficier de tels conseils à domicile, afin de pouvoir sélectionner celles qui en nécessiteraient le plus et, d'autre part, d'évaluer l'efficacité de ces mêmes prestations. Compte tenu des nombreuses contraintes que connaissent les infirmières à l'heure actuelle, son usage ne devait nécessiter que peu de temps pour les professionnels.

Nous pensions et pensons toujours qu'un outil clinique, sous forme de questionnaire basé sur des échelles de type psychométrique, pourrait constituer un moyen très pertinent pour atteindre ces deux objectifs, tout en évitant d'alourdir l'emploi du temps déjà très chargé des professionnels concernés. Un tel outil devrait faciliter l'analyse des besoins et augmenter son efficacité, optimiser la sélection des prestations socioéducatives les plus pertinentes, et évaluer l'impact des prestations socioéducatives réalisées.

Suite à une revue de la littérature, il nous est vite apparu que l'empowerment par rapport à la maladie, associé au soutien social, était le critère le plus adéquat pour répondre à cette double évaluation.

- La notion d'empowerment du patient face à sa maladie et son traitement constitue en effet la finalité même de l'éducation thérapeutique qu'Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, cofondateurs de la formation en éducation thérapeutique à l'université de Genève, définissent comme « le résultat d'un processus de formation du malade qui doit lui permettre d'acquérir la maîtrise de ses compétences et de ses comportements. » [6]
- Le soutien social perçu par ce même patient nous semble également pertinent

dans la mesure où la gestion de la maladie et du traitement est bien souvent influencée par le contexte socio-familial dans lequel il évolue.

La recherche que nous avons poursuivie dans la littérature nous a conduit au constat suivant : aucun outil quantitatif permettant d'investiguer l'empowerment des patients diabétiques, associé au soutien social, n'existe pour l'instant dans la littérature et la communauté scientifique centrée sur cette thématique.

D'où l'objectif de notre travail [12] : élaborer et valider un questionnaire à usage clinique permettant d'investiguer l'empowerment des patients diabétiques en lien avec le soutien social perçu.

MÉTHODOLOGIE

Revue de la littérature et définition opératoire de l'empowerment en lien avec le soutien social

Prolongeant le travail d'Isabelle Aujoulat sur l'empowerment des patients vivant avec une maladie chronique [1], nous avons procédé à une nouvelle revue de la littérature pour déduire une première définition de la notion d'empowerment en lien avec le soutien social. Cette dernière a été nuancée à la fin de l'élaboration de l'outil, de façon inductive, en partant des commentaires des patients et des soignants qui ont déjà participé à ce premier travail.

Nous avons élaboré la définition opératoire suivante : un état « d'empowerment lié au soutien social » est défini comme celui d'une personne qui, dans le but de maintenir, voire d'améliorer sa qualité de vie telle qu'elle la conçoit pour elle-même :

- est consciente des répercussions de sa maladie dans sa vie ;
- dispose et est consciente de disposer d'une capacité à gérer sa maladie et son traitement de façon autonome, en mobi-

... suite page 4

lisant les ressources sociales qui lui semblent les plus pertinentes ;

- et est ouverte à des changements dans la gestion de son traitement.

Dans le cadre de cette même revue de la littérature, nous avons également recensé, d'une part, les concepts opératoires apparentés à la notion d'empowerment et susceptibles d'en devenir des attributs et, d'autre part, les indicateurs (échelles) correspondants. Ils sont référencés dans le tableau « Attributs conceptuels de l'outil ».

Méthode Delphi

Puis nous avons procédé par méthode Delphi [11] en organisant un groupe d'expertise constitué de :

- trois chercheurs en psychologie de la santé : Isabelle Aujoulat, Paola Busca, doctorante en psychologie à l'université de Lausanne, et l'auteur ;
- trois professionnelles cliniciennes : une médecin spécialisée en diabétologie, une infirmière conseil de l'association neuchâteloise du Diabète et une infirmière clinicienne spécialisée exerçant en hôpital ;
- trois patients diabétiques reconnus par eux-mêmes et par leur médecin comme capables d'une bonne autogestion de leur maladie et de leur traitement : deux personnes vivant avec un diabète de type 1 et une personne vivant avec un diabète de type 2.

Le choix de la méthode Delphi s'explique par le souci d'obtenir, à travers une démarche participative, un consensus le plus large possible, favorable à sa compréhension, sa maîtrise et à son efficacité. Cette méthode favorise l'expression de chacune et de chacun, quelque soit son statut dans le groupe et notamment lorsque certaines personnes ont des positions hiérarchiquement supérieures aux autres, de façon officielle entre le médecin et les deux infirmières ou fantasmée à travers des représentations sociales dominantes telles que celles véhiculées par les patients par rapport aux soignants ou par les professionnels par rapport aux chercheurs. L'avis des patients et des professionnels de la santé est primordial dans cette démarche, tant pour favoriser le contact avec la réalité du terrain professionnel que pour s'assurer d'un langage accessible et compréhensible pour la population visée, c'est-à-dire, les personnes diabétiques.

La méthode employée était constituée de 2 phases :

- La première, comprenant une séance introductive, suivie d'une consultation électronique et enfin d'une conférence Delphi, a permis de sélectionner les attributs les plus pertinents en regard des objectifs visés et de la réalité vécue par les uns et les autres.
- La seconde, comprenant trois consultations électroniques, suivies d'une nouvelle conférence Delphi, a permis de sélectionner les items les plus pertinents en fonction des critères précédents.

Validation de contenu

Un premier projet d'outil a été soumis à une première évaluation de la validité de contenu, à travers deux approches complémentaires, que J.-J. Bernier et B. Pietrulewicz nomment la « validité apparente » et la « validité logique » [2].

La validité logique a été vérifiée à la fin de l'élaboration de l'outil à travers un « tableau de spécification » mettant en parallèle les attributs retenus et les items correspondants.

La validité apparente, qui « est déterminée par le jugement d'un expert » a ensuite été évaluée et vérifiée à travers des entretiens dirigés auprès de 5 personnes diabétiques proposées par les infirmières l'Association Neuchâteloise du Diabète (AND), dans le but de vérifier et d'améliorer la clarté et l'univocité des questions. Leurs commentaires et réactions ont permis de réajuster le premier projet en un second projet.

PREMIÈRE VERSION DE L'OUTIL ET PREMIÈRES VALIDATIONS

Composition et taille de l'outil dans sa version actuelle

Le questionnaire est présenté actuellement sous la forme d'un document en 6 parties successives : 1. La gestion de votre traitement, 2. Le diabète dans votre vie, 3. Le niveau de confiance pour contrôler votre diabète, 4. La gestion de votre traitement avec votre médecin, 5. Votre entourage et votre lieu de travail, et 6. Vous et votre diabète, plus précisément.

Il est ventilé autour de 5 dimensions, à savoir, le sentiment d'efficacité personnelle, l'autonomie, la reconnaissance des limites, le soutien social perçu et la gestion effective du traitement. Chacune de ces dimensions est investiguée à travers plusieurs attributs et items présentés dans le tableau « Attributs conceptuels de l'outil ».

Ce questionnaire totalise actuellement 140 items, mis sous forme d'échelles de Likert ou apparentées, et dont certains permettent d'investiguer deux attributs à la fois ; auxquels se rajoutent 10 items centrés sur des données biologiques et sociales en partie 6.

Premières esquisses de validations

Afin de procéder à une première évaluation de sa validité, le questionnaire a été envoyé à 174 personnes diabétiques, membres de l'AND, qui y ont répondu avec un taux de plus de 35%, ce qui est considéré comme un taux de réponse tout à fait satisfaisant. Les 60 questionnaires rendus ont été soumis à une première évaluation de la fidélité de l'outil, par cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach), en collaboration avec l'université de Fribourg (voir encadré 2).

Au terme de cette première évaluation, nous constatons que si certains attributs bénéficient déjà d'un coefficient de cohérence interne supérieur à 0.80, limite inférieure préconisée en psychométrie, la plupart demeurent supérieurs à 0.70 ; ce qui compte tenu du faible échantillon obtenu (n=60, alors qu'il en faudrait environ n=200), demeure appréciable. Certains attributs restent cependant insuffisamment fidèles, leur coefficient alpha étant très en-dessous des limites préconisées. Un réajustement du contenu est donc nécessaire, sous la forme d'un troisième projet dont la validation resterait à effectuer.

Sur la base d'une analyse des variances, nous avons également pu mettre en évidence quelques corrélations témoignant d'une certaine validité théorique, telle que la prévalence du soutien émotionnel dans le soutien perçu face au diabète, qui rejoint les constatations de Marilou Bruchon-Schweiter, professeure en psychologie de la santé.



... suite page 5

Perceptions subjectives de l'utilité d'un tel outil de la part des patients et des professionnelles concernées

À la fin du questionnaire, nous avons également rajouté quatre questions d'appréciation générale de l'instrument, liées à l'intérêt perçu, son utilité, la facilité pour le remplir et sa longueur.

Les personnes, dans une grande majorité, ont trouvé le questionnaire facile à remplir (63%), intéressant (68%) et utile (71%). Cette dernière perception, bien que nous n'en connaissions pas les raisons, renforce encore une fois la pertinence de cet outil. Comme nous nous y attendions, près de 48% des personnes sollicitées ont trouvé que le questionnaire était trop long.

En revanche, bien que les professionnelles de la santé aient participé avec enthousiasme à l'élaboration de cet outil, elles ne peuvent l'essayer qu'avec parcimonie pour l'instant. L'une d'entre elles est confrontée à des entraves hiérarchiques médicales ; les patients rencontrés par une autre, hospitalisés en milieu de soins aigus, se sentent trop fatigués pour remplir un outil qu'ils perçoivent trop long. Seule la troisième le teste actuellement auprès de patients qui se rendent à sa consultation.

La validation d'un tel outil nécessite des fonds que nous cherchons activement, voire une collaboration élargie. Il s'agirait, à travers différentes méthodes complémentaires, toutes soumises à des précautions éthiques, de renforcer l'évaluation de la fidélité des items et la validité théorique de l'outil.

CONCLUSION

Nous avons pu élaborer un outil clinique, sous forme de questionnaire, qui répond certes à l'objectif visé, à savoir, investiguer l'empowerment des personnes diabétiques en lien avec le soutien social perçu. Passablement perfectible, il nécessitera des validations supplémentaires. Quant à savoir si les consultations à domicile par les infirmières de l'association sont pertinentes ou non, motif initial de ce travail, nous pensons que cet outil ne peut permettre, à lui tout seul, de répondre à cette question. Il s'agit d'une décision multifactorielle, qui nécessite des sources d'information variées.

En conclusion, nous citerons les propos d'une dame, anonyme, qui a rajouté le commentaire suivant à la fin du questionnaire :

« Il y a pouvoir et il y a vouloir et ce n'est pas tous les jours pareils. Merci de vouloir faire avancer les choses. Pour le diabète de type 2, il y a de la culpabilité, car c'est nous qui choisissons de mal manger et mal bouger. »

Cette dame résume, à sa façon, toute la complexité du vécu avec une maladie chronique telle que le diabète. Par ce travail, nous avons effectivement voulu apporter une contribution pour faire « avancer les choses » et nous espérons que l'outil proposé ici, aussi inédit soit-il, le permettra dans la mesure de sa pertinence. Reste à trouver des fonds pour l'améliorer et valider avec rigueur.

ENCADRÉ

Implications pour la pratique

Le rapport d'une personne souffrant d'une affection chronique à sa maladie est un rapport très complexe et multidimensionnel, à la fois biologique, psychologique et social. Or, nous savons que ce rapport est déterminant pour modifier des comportements vis-à-vis de la santé et de la maladie. La dimension psychosociale en constitue sans doute la composante la plus complexe.

L'éducation thérapeutique, dans le sens défini par l'OMS en 1998, est un moyen dont l'efficacité, voire la nécessité sont de plus en plus reconnues. Elle nécessite une démarche éducative basée sur une succession d'étapes : analyse des besoins et des ressources de la personne dans son rapport à la maladie, pose d'un diagnostic éducatif, pose d'objectifs éducatifs négociés avec le patient, mise en place d'actions éducatives et évaluations de ces dernières après les avoir réalisées.

L'analyse des besoins éducatifs est certainement celle qui prend le plus de temps et nécessite des compétences spécifiques en éducation thérapeutique. Comme le rappelle J.-F. d'Ivernois et R. Gagnyare, professeurs en éducation thérapeutique à Paris, cette première étape « est sans doute celle à laquelle il faut accorder le plus d'attention, car l'éducation d'un patient qui négligerait ne serait-ce qu'une partie de ses besoins serait très probablement vouée à l'échec. » [5]

Or, les soignants disposent de moins en moins de temps pour procéder à cette analyse et poser un diagnostic éducatif pertinent. Ce temps est par ailleurs soumis à une pression incessante dans la mesure où la prévalence du diabète ne cesse d'augmenter. Comment dès lors proposer les prestations socioéducatives les plus pertinentes ?

L'outil proposé ici pourrait, une fois amélioré et validé, contribuer à résoudre cette problématique. En effet, les résultats obtenus à travers ce dernier pourraient constituer une base pour amorcer un entretien clinique d'analyse des besoins avec plus d'efficacité. Il permettrait également, sous réserve de quelques modifications, de procéder à des évaluations relativement objectives et fiables de l'efficacité des prestations éducatives réalisées, sous forme d'études linéaires ou d'un essai contrôlé randomisé.

En effet, comme le stipule le rapport du professeur Philippe Ravaux et du docteur Pierre Durieux remis à la Haute Autorité de Santé en France, nous constatons que les interventions visant à modifier les comportements, dont celles en éducation thérapeutique, sont trop souvent « mises en place sans que l'évaluation de leur impact n'ait été sérieusement envisagée. » [7]. Or, la pression financière de l'assurance maladie augmente d'année en année et il sera plus que nécessaire de trouver des moyens d'évaluation fiables, non centrés sur les seuls indicateurs biologiques, trop réducteurs à notre avis, pour permettre un développement significatif de l'éducation thérapeutique dans l'accompagnement des personnes souffrant de maladies chroniques, telle que le diabète.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà pu le mettre en évidence auprès de certaines personnes rencontrées, un tel outil permet également à certains patients de prendre davantage conscience du rapport qu'ils entretiennent avec leur maladie et leur traitement. Cet effet n'est pas à sous-estimer. C'est pourquoi, nous pensons qu'une charte déontologique devrait accompagner l'utilisation de cet instrument afin de s'assurer que ces prises de conscience demeurent bénéfiques pour le patient.

Enfin, au-delà des indications cliniques et évaluatives présentées ci-dessus, cet outil, pour autant qu'il puisse être validé un jour, pourrait également permettre d'autres recherches quantitatives sur l'empowerment associé au soutien social dans les pays francophones.

●●● suite page 6

ENCADRÉ

Attributs conceptuels de l'outil

Dimensions	Attributs	Echelles de référence	Nombre d'items
Gestion effective du traitement (11 items)	Gestion de l'alimentation	-	3
	Gestion du traitement médicamenteux	-	4
	Gestion de l'activité physique	ENAP - Ricci et Gagnon	4
Sentiment d'efficacité personnelle (26 items)	Efficacité ou utilité perçue	MDQ - Nouwen et al.	4
	Sentiment d'efficacité personnelle	DES - Anderson et al.	11
	Contrôle perçu	MHLCS - Wallston et al.	11
Autonomie (45 items)	Localisation de la motivation	TSRQ - Decci Et Ryan	28
	Autodétermination	DES - Anderson et al.	7
	Cogestion du traitement avec le médecin	SDM-Q - Simon D.	10
Reconnaissance des limites (21 items)	Importance perçue	-	3
	Répercussions perçues	MDQ - Nouwen et al.	7
	Consentement au changement	-	7
	Inquiétude perçue	-	2
	Priorité accordée au diabète	-	2
Soutien social perçu (43 items)	Soutien perçu de la personne la plus proche	MDQ - Nouwen et al.	11
	Soutien social perçu de la part des collègues de travail	-	4
	Soutien social perçu de la part des soignants	-	3
	Soutien social perçu en général	QSSP Bruchon-Schweitzer	20
	Soutien social perçu spécifique au diabète		6

- DES : Diabetes Empowerment Scale, développé par Robert M. Anderson et al. en 2000 [8].
- ENAP : Evaluation du niveau d'activité physique, mis à jour par Ricci et Gagnon [9].
- MDQ : Multidimensional Diabetes Questionnaire développé par Arie Nouwen et al. en 1997 [8].
- MHLCS : Echelle Multidimensionnelle du Contrôle de la Santé, développé par Wallston K.A. en 1978 et traduite par Bruchon-Schweitzer et al. [3].
- QSSP : Questionnaire du Soutien Social Perçu développé par M. Bruchon-Schweitzer en 2001 [3].
- SDM-Q : Shared Decision Making Questionnaire, développé par D. Simon en 2006 [10].
- TSRQ : Treatment Self-Regulation Questionnaire, développé par Deci et Ryan en 1996 [4].

Remerciements

- Isabelle Aujoulat, docteure en santé publique à l'université de Louvain à Bruxelles ;
- Paola Busca, psychothérapeute et doctorante en psychologie à l'université de Lausanne ;
- Philippe Genoud, maître-assistant à l'université de Fribourg ;
- L'Association Neuchâteloise du Diabète ;
- Les 3 professionnelles de la santé et les nombreux patients qui, d'une manière ou d'une autre, ont participé à ce travail.

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

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

de la théorie à la pratique

DÉVELOPPER UN COURS POUR PORTEURS DE POMPE À INSULINE À PARTIR DE LA PERSPECTIVE DES PATIENTS CONCERNÉS – QUELQUES RÉFLEXIONS À PROPOS D'UNE DÉMARCHE EN COURS RÉSEAU DE SANTÉ VAL DE MARNE ESSONNE SEINE ET MARNE POUR LES DIABÉTIQUES DE TYPE 2

MARC EGLI, SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE ET MÉTABOLISME CHUV, CH-1011 LAUSANNE, SUISSE

DE prime abord, le développement d'un cours ambulatoire pour patients diabétiques porteurs de pompe à insuline pourrait sembler une démarche aisée à orienter. En effet, les multiples fonctionnalités offertes par les pompes actuelles permettent d'envisager d'emblée un grand choix de thématiques potentielles à travailler avec les patients concernés. D'autre part, le public cible du cours apparaît comme un collectif de patients relativement bien délimité et homogène.

La pompe fait en quelque sorte figure de dénominateur commun, dans la mesure où sa présence implique chez le patient un certain degré d'investissement personnel dans l'autogestion de son diabète et une série d'acquis dans le domaine des compétences en la matière. En effet, précisons que le cours dont il est question ici ne concerne pas le démarrage du traitement par pompe, qui s'effectue chez nous dans le cadre du suivi individuel des patients. L'expérience nous a par ailleurs montré que nos patients utilisent pour la plupart qu'une petite partie des fonctionnalités offertes par leur pompe. L'adaptation de l'apport en insuline en fonction de l'alimentation, de l'activité physique, de rythmes horaires changeants, à travers les fonctions de la pompe telles la modification du débit basal (temporaire ou durable), les diverses variantes de bolus ou l'assistance au calcul des doses prandiales servirait donc de liste de sujets, qui seraient transposables dans des ateliers thématiques dans le cadre du cours.

Comme il se doit, ces ateliers viseraient le développement des compétences des participants dans l'autogestion de leur diabète, à travers leur implication active dans l'ex-

périmentation de divers modes de gestion et une réflexion commune sur le déroulement de ces expériences.

Au cours de la phase de réflexion initiale de ce projet de cours, des réserves par rapport au type d'approche énoncé ci-dessus ont été émises au sein de notre unité. Parmi les arguments mis en avant, il a été observé qu'un cours construit autour de l'exploitation des fonctionnalités avancées de la pompe ne serait qu'une variante sans véritable originalité du cours d'insulinothérapie fonctionnelle (ITF) qui existe chez nous depuis 1996. Ces fonctionnalités avancées ne représentent en effet rien de plus que des moyens de gérer l'apport en insuline de manière plus souple qu'avec un schéma d'injections multiples. Pour en tirer parti, le patient sera amené à mobiliser les mêmes types de raisonnements que ceux travaillés dans le cadre de l'ITF (reconnaissance des composantes basale et prandiale du besoin en insuline, calcul des doses d'insuline prandiale en fonction de l'évaluation des quantités de glucides, gestion de l'insuline de correction, adaptation de l'apport en insuline et en glucides à l'activité physique). Or le suivi sur une dizaine d'années de la cohorte de patients ayant participé au cours sur l'ITF (article *in press*) révèle qu'ils maintiennent durablement un meilleur équilibre glycémique, mais qu'ils cessent assez rapidement d'appliquer les principes de l'ITF dans la gestion de leur diabète au quotidien. On peut donc se demander si les outils de l'ITF sont vraiment adaptés à la réalité vécue par le patient.

Notons qu'il ne s'agit nullement de minimiser l'apport de l'ITF, qui a eu le mérite historique de promouvoir l'idée de rendre le patient le plus autonome possible dans la

gestion de son diabète à travers un véritable transfert de compétences, non sans soulever de nombreuses réticences côté soignants au départ d'ailleurs. L'ITF demeure également une base conceptuelle utile pour le patient diabétique dans la compréhension des réactions de son organisme et des divers facteurs influençant ses besoins en insuline. Ce qui est en cause, c'est plutôt le fait que le cours d'ITF, à l'image d'autres cours visant l'acquisition de compétences d'autogestion par le patient, soit construit par les soignants, à partir de leur perspective sur la gestion du diabète et de son traitement. On peut ajouter que cette perspective est basée sur une conception essentiellement biomédicale du diabète, qui n'appelle pas de questionnement particulier sur la perspective des patients, la nature de leurs préoccupations et de leurs besoins, avec les risques de décalage que cela entraîne.

Il a donc été décidé que le nouveau cours pour porteurs de pompe à insuline serait développé en partant de l'exploration de la perspective des patients. Un questionnaire a d'abord été envoyé à l'ensemble des patients porteurs de pompe suivis ou ayant été suivis à notre consultation, dans le but de déterminer leur intérêt pour un tel cours, les thématiques qu'ils souhaiteraient voir abordées et leurs préférences quant à la forme du cours. Un nombre suffisant de patients ayant répondu au questionnaire a été tiré au sort pour constituer deux focus groupes de 8 personnes chacun. Les résultats du questionnaire ont servi de base au guide-entretien pour les focus groupes. Les transcriptions mot-à-mot des enregistrements ont été analysées indépendamment par deux investigateurs.

••• suite page 8

Une présentation détaillée des résultats de cette analyse dépasserait le cadre du présent article. Nous nous en tiendrons donc à l'évocation des aspects les plus saillants, qui sont entrés dans la suite de la démarche de construction du cours. S'agissant de la forme du cours, le choix de 5 séances hebdomadaires ambulatoires, suivies d'une 6ème séance après 6 mois s'est appuyé sur la convergence entre les préférences des participants, leurs disponibilités et celle des futurs animateurs. De manière générale, lorsqu'il s'agit de la gestion de leur diabète, la perspective reflétée par l'expression des participants n'est pas centrée sur les dimensions biomédicale ou technique de cette gestion. Elle met plutôt en avant le poids des interférences problématiques incessantes entre leurs impératifs et projets de vie et les exigences de la gestion de leur diabète au quotidien, avec une forte coloration émotionnelle. Un autre thème particulièrement récurrent dans le témoignage des participants concerne le stress engendré par la confrontation aux fluctuations glycémiques qui se produisent tant dans les situations familières qu'inhabituelles de la vie quotidienne. Ce stress s'accompagne d'intenses sentiments de révolte, de culpabilité, de dévalorisation et, à la longue, de découragement. Bien que tous les participants aux focus groupes aient une longue expérience personnelle du diabète et du traitement par pompe à insuline, ils ressentent un manque de repères fiables et de confiance dans leurs raisonnements lors de leurs prises de décision dans la gestion de l'insulinothérapie. Implicitement, ils se considèrent pleinement responsables des écarts glycémiques, qu'ils assimilent à une sanction de leur compétence insuffisante.

Ces observations peuvent être interprétées comme le reflet d'un a priori tacitement intériorisé par les participants concernant la gestion de leur diabète, à savoir qu'une pleine maîtrise de leur glycémie serait possible (et nécessaire). On peut se demander dans quelle mesure les soignants ont une responsabilité dans la construction de cette conception. En effet les démarches d'enseignement visant le développement des compétences du patient dans la gestion autonome de son diabète auront naturellement tendance à mettre en avant les bénéfices qui peuvent en être attendus. Cela peut s'expliquer par le souci par ailleurs tout à

fait légitime d'encourager le patient et de renforcer sa motivation. La notion des limites du possible en matière de gestion du diabète risque cependant d'être perdue de vue. Ensuite le suivi médical peut également contribuer à développer chez le patient un sentiment de jugement de valeur négatif sur ses résultats glycémiques fluctuants. Leur évaluation y est en effet plus souvent centrée sur les chiffres obtenus par le patient que sur les aspects réflexifs de sa démarche, avec des critères d'appréciation posés en tant que cibles glycémiques à atteindre. Et ce d'autant plus que le médecin concevra le rôle du patient en termes d'adhérence thérapeutique, c'est-à-dire qu'il considère le suivi des prescriptions médicales par le patient comme condition nécessaire et suffisante à l'efficacité thérapeutique, assimilée à l'intérêt bien compris dudit patient.

En même temps que leur vécu pénible et leur manque de confiance dans leurs capacités de raisonnement, le témoignage des participants aux focus groupes faisait ressortir un grand investissement personnel de leur part dans la recherche d'une compréhension de leur diabète et beaucoup de pertinence dans leurs questionnements. Dans la perspective du développement du cours, on pouvait donc viser la création d'un cadre encourageant la poursuite de ces questionnements dans la confrontation avec des situations redoutées comme problématiques. Rejoignant les souhaits exprimés dans les réponses au questionnaire et dans le cadre des focus groupes sur la forme du cours, nous avons retenu la conduite d'expériences par les participants entre les séances hebdomadaires suivie de leur discussion par le groupe, comme moyen privilégié d'y parvenir. La position souhaitée de la part des animateurs était d'offrir un encadrement souple, privilégiant l'expression des réflexions des participants et intervenant seulement si le besoin de remise en perspective se faisait sentir.

Nous avons donc renoncé à construire un programme prédéfini autour d'activités prescrites aux participants, pour faire de la construction du cours elle-même un objet de réflexion commune pour le groupe. Les processus de choix par les participants des thématiques à explorer, du type d'expé-

rience le mieux à même de livrer des enseignements concernant les thématiques, puis des critères d'observation qu'ils jugeaient pertinents, devenaient autant d'occasions de s'interroger sur leur réalité vécue, sans exclure ni reléguer au second plan aucune des dimensions de celle-ci d'entrée de jeu. A travers l'explicitation et l'approfondissement de leurs raisonnements, des étapes préparatoires à la discussion de leurs expériences, notre intention était d'une part de valoriser leur expertise personnelle acquise dans le vécu intime de leur diabète et de légitimer leur ressenti, y compris dans ses aspects plus conflictuels. D'autre part, il s'agissait de leur permettre d'ouvrir leur perspective sur le diabète à d'autres angles de vue, avec une attention particulière à la question des limites à la maîtrise glycémique. Le développement d'une compréhension du diabète plus conforme à leur réalité vécue, la reconnaissance du caractère en partie inévitable des fluctuations glycémiques, lié aux limitations propres aux outils de gestion du diabète, nous sont apparus comme un préalable nécessaire pour aborder les stratégies de résolution de problème en redéfinissant les objectifs en termes de direction à prendre, les repères en termes de tendances, d'ordres de grandeur et de marges d'erreur.

L'évaluation du processus de développement du cours a été conçue comme partie intégrante de la démarche. A cette fin, les premiers cours ont été ou seront enregistrés intégralement. De nouvelles séances de focus groupes consacrées spécifiquement à l'évaluation des premiers cours par les participants, sont prévues après une année. Il serait donc prématuré à ce stade de vouloir tirer des conclusions de l'expérience des premiers cours débutés en 2008. L'analyse du déroulement des deux premiers cours et des séances d'évaluation avec les participants au cours de l'année à venir permettra de valider, réviser et/ou d'enrichir nos hypothèses de travail actuelles, ce qui amènera sans doute encore des évolutions dans la forme du cours.



Diabète Éducation de Langue Française

Le groupe régional DELF Paris-Ile de France propose une réunion

le vendredi 3 avril à 20 heures sur le thème de l'entretien motivationnel :

" Est-il suffisant d'être diabétique pour arrêter de fumer ? "

avec Charles BRAHMY, tabacologue
à l'Hôtel Dieu de Paris (métro cité, Saint Michel)
Salle de staff de diabétologie escalier A1, 6° étage

Réponses souhaitées par retour de mail.

collation prévue
Places limitées : 40

VIE DES CONGRÈS

COMPTE RENDU SESSION ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EASD Rome 2008 - (G HOCHBERG)

LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN COURS DANS 3 PAYS.

UA MÜLLER, ALLEMAGNE

Les programmes d'éducation en Allemagne : que pouvons nous en apprendre ?

Depuis l'introduction de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques particulièrement depuis les années 1970 par le Pr J Ph Assal (Suisse), les allemands (de 1980 à 1990 : M Berger) se sont progressivement beaucoup impliqués dans ce domaine et ont développés plusieurs programmes qui aujourd'hui sont développés à l'échelon national pour une meilleure prise en charge des patients par leur médecin généraliste après une formation initiale spécifique de chaque programme.

Aujourd'hui depuis 2004, 4 programmes nationaux se sont développés, les soignants souhaitant s'impliquer dans la formation en ETP des patients reçoivent une formation de base spécifique de la formation qu'ils vont mettre en place. En moyenne pour chaque type de formation, celle-ci dure un jour pour les médecins, 3 jours pour les infirmières. Ces formations ont été créées puis mises en place puis évaluées entre les années 1980 et 1990. Ensuite, elles ont été développées à l'échelon national. Elles comportent une formation des soignants spécifiques à l'ETP et chaque soignant reçoit un « kit » qui comprend un support écrit expliquant le déroulé pour les soignants, et tous les outils et supports écrits développés pour les patients. Les programmes développés sont :

1) Programme destiné aux DT2 sans insuline : Ici il s'agit de réunions de groupe de patients (au maximum 4 patients) et de leur faire 4 cours successifs d'une durée 90' à 120' à une semaine d'intervalle. Les thèmes principaux abordés sont : Généralités sur le diabète, intérêt des glycémies postprandiales, la nutrition, les soins de pieds, les hypoglycémies, dépistage des facteurs de risque et des complications, leur prise en charge...

2) Programme destiné aux patients sous insulinothérapie conventionnelle : Il s'agit de faire des réunions de groupe de patients (au maximum 4 patients) et de leur faire 5 cours successifs (objectifs de ces cours : rôle de l'insuline, apprentissage des injections et de adaptation des doses d'insuline, intérêt de l'auto surveillance glycémique et des glycémies préprandiales, contenu glucidiques des aliments, mesure par 10g HCO...)

3) Programme pour patients sous insuline préprandiale (5 cours successifs de 4 patients)

4) Programme destiné aux patients sous insulinothérapie intensive prévoit 12 cours (90' à 120') mis en place entre 1990 et 2004 et développé à l'échelon national depuis 2004. Il a été testé sur environ 9583 patients diabétiques ayant une durée moyenne de 13.4 ans de diabète les résultats montrent une amélioration HbA1c au bout d'un an : passage de 8.1% à 7.3%, le nombre hypoglycémie par semaine baisse passe de 0.37 à 0.14 /patient. La formation des soignants participants à ce programme est d'une vingtaine d'heure minimum.

Les soignants mettant en place ce type de programme sont rémunérés : 80€/patient non insuliné ; 125€/patient insuliné pour l'ensemble de la formation.

DA CAVAN, ANGLETERRE

L'éducation pour les patients sous insulinothérapie fonctionnelle : où en sommes nous ?

En Angleterre, pour l'insulinothérapie fonctionnelle, 2 programmes nationaux de formation coexistent menés par des éducateurs formés, programmes centrés sur le patient et qui ont été évalués et adaptés depuis 1999.

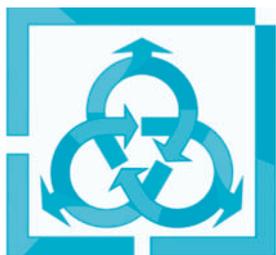
Un programme type DAFNE (Dose Adjustment For Normal Eating) en hospitalisation traditionnelle sur 5 jours consécutifs se poursuit et un programme BERNIE (Bournemouth type 1 Intensive Education Programme) développé au départ par l'équipe de Bournemouth sur le modèle allemand de Düsseldorf : 4 hôpitaux de jour à une semaine d'intervalle, il est destiné aux patients DT1 de plus de 17 ans, il s'agit d'une éducation de groupe de 8 patients et faites par 2 ou 3 éducateurs. Les objectifs de cette formation sont de développer l'autonomie du patient et de lui faciliter la gestion de son diabète au quotidien (apprentissage de l'adaptation des doses, du compte des glucides, de l'organisation de l'exercice physique...). Il s'agit principalement d'ateliers interactifs pratiques.

Entre chaque session, les patients doivent tester dans leur vie quotidienne des situations expliquées lors des HDJ et ils reviennent ensuite et partagent leurs expériences avec les soignants et les autres patients.

Actuellement, 69 centres ont mis le programme DAFNE en place et 46 centres le programme BERTIE. Par ailleurs, 20 centres ont fait leur propre programme indépendant.

Le programme BERTIE montre une amélioration dans l'autonomie du patient dans la gestion de son diabète, de sa qualité de vie, une diminution des hypoglycémies et souvent une amélioration de l'HbA1C ; il est apprécié par les patients. Les résultats de ce programme seront communiqués au congrès de TPE à Budapest (Novembre 2008)





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)

Psychologue

Hospitalière

Podologue - pédicure

Libérale

Diététicien(ne)

Salariée

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.

... suite page 11

M TRENTO, ITALIE

Réflexion pour améliorer l'éducation et ses résultats- l'étude ROMEO (ROMEO: Rethink organisation to improve education and Outcomes)

En 2004, l'équipe de Trento et coll a montré que l'éducation thérapeutique de groupe avait sa place importante à côté de l'éducation en individuel. Un suivi de 120 patients DT2 randomisés et séparés en 2 groupes recevant soit une éducation traditionnelle individuelle (groupe contrôle) soit une éducation de groupe. Au bout d'un an, les patients ayant reçu une éducation de groupe ont plus de connaissances et d'habileté dans la gestion au quotidien du diabète et dans la résolution de problèmes. Au bout de 2 ans, leur qualité de vie s'améliore. Dans le groupe contrôle, HbA1c se détériore progressivement (+1.7%) reste stable dans l'autre. A partir de cette expérience initiale, le développement de l'éducation thérapeutique en groupe s'est faite à l'échelon national. Une étude multicentrique randomisée comprenant 812 patients a été mise en place pour étudier la possibilité d'étendre l'éducation en groupe à d'autres centres avec des éducateurs formés, 812 patients DT2 (âge < 80 ans, durée diabète > 1 an) ont été recrutés dans 13 centres et suivis 4 ans (étude ROMEO). Ils ont suivis 7 cours à trois d'intervalle. Les résultats sont positifs puisqu'ils mettent en évidence une amélioration des connaissances sur le diabète, des comportements et de la gestion du diabète au quotidien et de l'équilibre glycémique au quotidien. Cette étude montre qu'un programme d'éducation thérapeutique de groupe conçu par une équipe peut être développé à l'échelon national en conservant un impact positif après formation des éducateurs qui vont le décliner

Ainsi, l'éducation thérapeutique est très développée en Europe et s'étend à la plupart des centres ou des équipes prenant en charge des patients diabétiques aussi bien de type 1 que de type 2, l'éducation de groupe semble être une solution efficace pour répondre à la demande sans cesse croissante et prendre en charge plus rapidement les patients, pour améliorer les connaissances et comportements des patients à un coût économique raisonnable.



Les 11^e Entretiens de Nutrition de l'Institut Pasteur de Lille

4 et 5 juin 2009

- Nutrition et santé cardiovasculaire
- Les interdits alimentaires

Bulletin d'inscription :

M. Mme Melle

Nom : Prénom :

Organisme :

Titre/Qualité :

Adresse professionnelle :

Code Postal : Ville :

Tél. : Fax :

E.mail :

s'inscrit

à la journée du 4 juin 2009

à la journée du 5 juin 2009

aux deux journées

Inscription :	1 jour		2 jours	
	HT	TTC	HT	TTC
Avant le 30/04/2009	104,51 €	125 € *	200,67 €	240 € *
Après le 30/04/2009	133,78 €	160 € *	250,84 €	300 € *

* Déjeuner compris

Chèque à libeller à l'ordre de l'Institut Pasteur de Lille

Institut
Pasteur
de Lille



A renvoyer à :

Marie-Françoise Tahon - Institut Pasteur de Lille - Service de nutrition
1, rue du Professeur Calmette - BP 245 - 59019 LILLE Cedex

Fax : 03 20 87 72 96 - E.mail : marie-francoise.tahon@pasteur-lille.fr

L'actualité en nutrition est riche et souvent contradictoire.

Heureusement il y a des valeurs sûres, telles que la prévention cardiovasculaire. Cependant les médicaments « marchent » tellement bien que l'on peut se demander s'il est encore utile de bien se nourrir ! Venez voir de plus près.

Mais l'actualité se trouve aussi du côté de l'anti-nutrition : ces interdits alimentaires qui fleurissent, les cures de jeûne salvatrices, les opinions, rumeurs et diktats en tout genre. Certains sont respectables, d'autres moins, tous sont intéressants à analyser.

Venez donc pour comprendre.

Jean-Michel Lecerf
Service de Nutrition
Institut Pasteur de Lille

4 juin 2009

Nutrition et santé cardiovasculaire

8 h 00	Accueil
8 h 45	Introduction Philippe Amouyel - Directeur Général de l'Institut Pasteur de Lille
9 h 00	Saturés, monoinsaturés, quoi de neuf ? Philippe Legrand - INRA, Rennes
9 h 30	Les oméga 3 en marche pour la prévention François Paillard - CHU Pontchaillou, Rennes
10 h 00	Phytostérols, y a-t-il des preuves ? Bruno Vergès - CHU, Dijon
10 h 30	Pause
11 h 00	Les triglycérides, une cible nutritionnelle Denis Lairon - Inserm, Marseille
11 h 30	Les antioxydants, ça marche ? Xavier Leverve - INRA, Paris
12 h 00	Table ronde : Médicaments, aliments, nutriments. Qui l'emportera ? <i>animée par Marie-José Hermant, journaliste</i> Patrick Duriez (Université de Pharmacie, Lille 2), Nicolas Guggenbühl (Institut Paul Lambin, Bruxelles), Xavier Leverve, Mohamed Merdji (Audencia, Nantes)
13 h 00	Déjeuner
14 h 00	Les produits laitiers, blanc ou noir ? Jean-Michel Lecerf - Institut Pasteur de Lille
14 h 30	Le vin et la bière ont-ils un rôle positif ? Jean-Louis Schlienger - Hôpital de Hautepierre, Strasbourg
15 h 00	Les polyphénols à toutes les sauces Christine Morand - INRA, Clermont-Ferrand
15 h 30	Pause
16 h 00	Du sel à l'étude DASH : un enjeu de taille Pierre Meneton - Inserm, Paris
16 h 30	Le régime méditerranéen : mythe ou réalité ? Michel De Lorgeril - CNRS, Grenoble
17 h 00	Fin

5 juin 2009

Les interdits alimentaires

8 h 30	Accueil
9 h 00	Entre censure et culture, les interdits dans l'histoire Jean-Pierre Corbeau - Université, Tours
9 h 30	Les interdits de nature religieuse : quel sens ? Isabelle Levy - Créteil
10 h 00	L'aliment - poison : bruits, rumeurs, stigmatisations Claude Fischler - CNRS, Paris
10 h 30	Pause
11 h 00	Le végétarisme et le végétalisme comme interdits Noélie Vialles - Collège de France, Paris
11 h 30	Notre société génère t-elle ou refuse t-elle les interdits ? Jean-Pierre Poulain - Université de Toulouse 2
12 h 00	Débat : PNNS, profils nutritionnels, diététique : vecteurs d'informations ou d'interdits ? Michel Chauillac (Direction Générale de la Santé, Paris), Béatrice De Reynal (Nutrimarketing, Paris), Jean-Pierre Poulain, Monique Romon (CHR, Lille)
13 h 00	Déjeuner
14 h 00	La néophobie, un interdit naturel à combattre Nathalie Rigal - Université de Paris X
14 h 30	Kilos ou plaisir interdits ? Bernard Waysfeld - Hôpital Saint-Michel, Paris
15 h 00	Pause
15 h 30	L'anorexie ou la recherche du manque Vincent Dodin - Hôpital Saint-Vincent de Paul, Lille
16 h 00	Sortir de la restriction cognitive Jean-Philippe Zermafi - Paris
16 h 30	Pôt de clôture

Renseignements pratiques :

Responsable scientifique :

Docteur Jean-Michel Lecerf
Service de nutrition - Institut Pasteur de Lille

Lieu :

Institut Pasteur de Lille
1, rue du Professeur Calmette à Lille
(Métro Lille Grand Palais)

Prix :

Inscription :	1 jour		2 jours	
	HT	TTC	HT	TTC
Avant le 30/04/2009	104,51 €	125 €*	200,67 €	240 €*
Après le 30/04/2009	133,78 €	160 €*	250,84 €	300 €*

* Déjeuner compris

Chèque à libeller à l'ordre de l'Institut Pasteur de Lille

Inscription :

En ligne : www.pasteur-lille.fr/fr/formation/form_nutrition/index.html

Par courrier à :

Institut Pasteur de Lille
Service de nutrition
1, rue du Professeur Calmette
BP 245 - 59019 LILLE cedex

Paiement :

À adresser par courrier avant la formation à l'adresse ci-dessus.

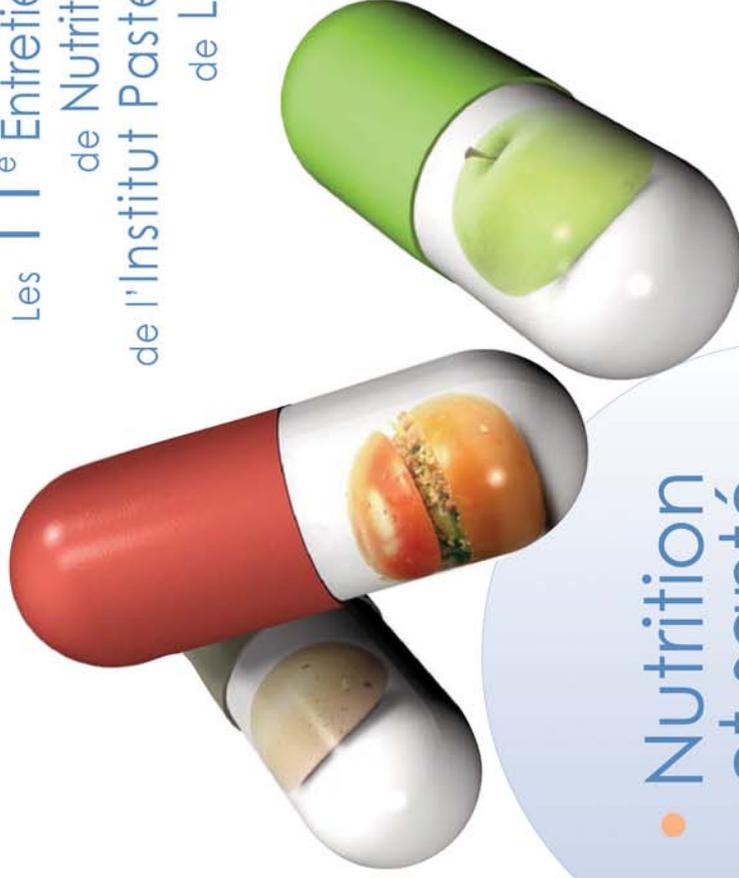
Contact :

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :

Marie-Françoise TAHON
Institut Pasteur de Lille
Service de nutrition
Tél. : 03 20 87 71 88
Fax : 03 20 87 72 96
E-mail : marie-francoise.tahon@pasteur-lille.fr

4 et 5 juin
2009

Les 11^e Entretiens
de Nutrition
de l'Institut Pasteur
de Lille



• Nutrition
et santé
cardiovasculaire

• Les interdits
alimentaires

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

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

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



Désormais disponible en conditionnement trimestriel

Une seule prise par jour

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

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

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

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

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

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

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

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

Majorent l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillés), β -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres anti-diab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H₂, IMAO,

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

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

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

trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCEMIANT-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^e h puis évoluent en plateau entre la 6^e et la 12^e h. La prise unique

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

