



DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ EDUCATION
VOLUME 18 - N° 4
Décembre 2008

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

éd:te

EDUCATION THERAPEUTIQUE

UN RAPPORT POUR UNE LOI

L'ÉDUCATION thérapeutique du patient (ETP) a fait l'objet d'un rapport, qui vient d'être remis à la ministre de la santé. Ce document devrait grâce à ses propositions dédiées servir de base au projet de loi " Patients, santé et territoires ". Coordonné par C Saout, président du Collectif inter associatif sur la santé, écrit en collaboration avec B Charbonnel (Pr de Diabétologie) et D Bertrand (Pr de Santé Publique), le rapport se divise en deux parties. La première fait l'état des lieux et souligne la grande hétérogénéité de la pratique de l'ETP en France, la faiblesse du nombre de patients impliqués, son développement préférentiel dans les structures hospitalières avec une implication trop faible des médecins traitants et des médecins libéraux, un financement dispersé, difficile à préciser et très variable d'une région à l'autre, enfin une évaluation médico-économique par trop insuffisante. La deuxième partie est, elle, consacrée aux propositions des auteurs.

Organisé autour de 24 recommandations, le rapport définit l'éducation thérapeutique « comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins ». Elle vise, nous disent les auteurs, « à rendre la malade autonome par l'appropriation de savoirs, de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événement majeur de la prise en charge (initiation du traitement, modification de traitement, événement intercurrent...) ». En cela, on distingue bien ici éducation thérapeutique et observance, éducation thérapeutique et actions d'accompagnement, mais il est aussi clairement dit que toutes ces actions sont indispensables et indissociables.

Enfin, quelque part le caractère indispensable de l'éducation thérapeutique est reconnu dans ce texte. Il s'agit d'affirmer sa place comme incontournable et intégrée aux soins, et de donner le droit à tout patient chronique dont l'état de santé le nécessite de disposer d'un plan de soins coordonnés. Pour cela les

auteurs affirment la nécessité et proposent une reconnaissance légale de l'éducation thérapeutique. Le rapport va plus loin, et il propose que les actions d'accompagnements (psycho-social, de soutien, thérapeutique...) bénéficient aussi d'une mention légale, ce qui à nos yeux est aussi un élément important, car ces actions complètent et sont indissociables de l'action d'éducation.

Le patient est au centre de ce dispositif, et reste maître de ses choix. Il peut ainsi décliner l'offre d'ETP.

De « l'autre côté », ce rapport, redonne sa place aux soignants, médecins ou non médecins, de terrain, dont les rôles et les actions ont trop souvent été négligés ces derniers temps par certains peu ou pas au contact des patients qui édictaient des règles et recommandations inquiétantes à nos yeux. Pour ceux qui quotidiennement sont en rapport avec les patients, surtout le médecin traitant, il s'agira d'acquérir des compétences, non seulement pour informer, mais aussi pour établir un diagnostic éducatif, orienter les patients selon ses besoins dans l'offre de soins, sous-entendu d'éducation thérapeutique, au niveau local et assurer le suivi.

Pour cela, dès leur formation initiale, tous les futurs soignants devront bénéficier d'un enseignement en ETP. Au de-là de cette formation de « base », il n'est pas possible d'envisager la réalisation de l'ETP sans acteurs compétents. Ainsi les membres de la mission suggèrent deux niveaux de formation supplémentaires : pour les soignants éducateurs, et pour les cadres et coordinateurs qui en plus de gérer les activités auront des compétences pour concevoir et planifier des programmes d'ETP. Le contenu et les modalités de ces enseignements ne sont pas définis et seront confiés à l'INPES.

Comme on peut le lire, il n'y aura pas de nouveau métier d'éducateur et l'ETP reste intégrée au soin à toutes les étapes. Ainsi l'ETP sera réalisée dans différents lieux. Dans les établissements comme c'est déjà le cas, mais dans des structures plus adaptées, comme les lits de soins de suite et de réadaptation, mais

si besoin aussi dans des services de « court séjour » à des conditions tarifaires spécifiques. Mais plus que sur les établissements, la réflexion porte sur le développement de l'activité d'éducation en ambulatoire. Le caractère multidisciplinaire de cette activité est un frein à son implantation en ville où le colloque singulier patient – médecin, plus généralement patient – soignant, reste le modèle très largement dominant. Les auteurs insistent sur l'absolu nécessité d'avoir une approche multidisciplinaire en ambulatoire et identifient deux types de structures pouvant répondre aux besoins d'actions en ETP : les hôpitaux locaux et les futures maisons de santé.



SOMMAIRE

**Éditorial : Education thérapeutique :
un rapport pour une loi** P. 1
Helen Mosnier Pudar

**Vu pour vous : Une UTEP au CHU
de Besançon** P. 2
Cécile Zimmermann, Christine Kavan,
Laurence Philippe, Marie-Laure Roz,
Jérôme Combes, Freddy Penforis

**Diabète et Pédagogie : Education
thérapeutique de groupe ou en individuel :
que choisir ?** P. 5
Helen Mosnier-Pudar, Ghislaine Hochberg-Parer

**De la théorie à la pratique : Education
pour la santé/Education thérapeutique
du patient : Similitudes et
divergences.** P. 10
Isabelle Vincent

**Autres pathologies chroniques : Malette
de formation à la nutrition destinée
aux infirmières de dialyse** P. 14
David Nouet

... suite page 1

Dernière proposition d'organisation, la création d'équipes régionales référentes en ETP pour aider à la formalisation de projets, la méthodologie, la formation, l'évaluation entre autre.

Le rapport donne le rôle de maître d'œuvre aux futures Agences Régionales de Santé (ARS) qui seront habilitées à labelliser les équipes et les structures sur la base d'un cahier des charges national élaboré sous la responsabilité de l'INPES, mais aussi à retenir les programmes, à évaluer l'impact des actions et à financer.

Un des points forts de ce rapport est l'identification claire du problème de financement de l'ETP et la proposition de pistes de financement. Une double modalité est proposée :

- une tarification spécifique des activités, dans le cadre de la T2A pour les établisse-

ments (GHS ou tarification spécifique) et pour l'ambulatorio des rémunérations par séance et par patient ou des rémunérations forfaitaires par programme et par patient, enfin il faudra dans la CCAM clinique identifier les actes pour la réalisation du diagnostic éducatif et le suivi de l'ETP,

- un fond national autonome et réparti au niveau régional sur les ARS

L'ARS serait le financeur unique au niveau régional.

Face à l'ampleur de la tâche, les auteurs, prudents, soulignent le besoin d'une mise en œuvre progressive et identifient des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardiovasculaires, asthme et VIH. Ces priorités pourraient être fixées par arrêté ministériel.

Ce rapport marque certainement une date

importante dans la reconnaissance et la mise en œuvre de l'ETP en France. Il représente une avancée considérable, mais ne reste qu'un rapport. Il faudra être vigilant sur sa traduction en terme de loi, puis sur les décrets à suivre et la mise en application. On est un peu inquiet de voir l'ETP s'inscrire dans une loi fleuve traitant aussi bien de l'arrêt de la vente des cigarettes bonbons que de la mise en place des ARS, coincée entre les conditions d'accès à la prévention et à la contreception, et la prévention des cancers liés à l'environnement. Restons vigilants et prêts à agir pour ne pas nous faire déposséder de notre savoir-faire, de nos compétences et de nos actions par d'autres plus audibles que nous.

H Mosnier-Pudar
Hôpital Cochin – Paris

Lien : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

VOUS POUR VOUS

UNE UTEP AU CHU DE BESANÇON

CÉCILE ZIMMERMANN, CHRISTINE KAVAN, LAURENCE PHILIPPE, MARIE-LAURE ROZ, JÉRÔME COMBES, FREDDY PENFORNIS

EN Septembre 2006, une Unité Transversale pour l'Éducation des Patients a été créée au Centre hospitalier de Besançon. Il s'agit d'une unité ressource pour les différentes équipes hospitalières, qui a pour mission principale de créer une dynamique favorable au développement de l'éducation thérapeutique (ET) au sein de l'hôpital.

COMMENT EST NÉE L'UTEP DE BESANÇON ?

Trois « ingrédients » ont permis la naissance de cette UTEP :

- Une volonté institutionnelle : Il existe en effet dans notre région une volonté affichée des institutions : URCAM, DRASS, ARH pour développer l'éducation du patient en Franche-Comté. Le SREPS (Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé) comprend un volet éducation thérapeutique et la mise en place de structures transversales d'éducation dans les hôpitaux de Franche-Comté fait partie de l'un des 6 axes de recommandations for-

mulées par le groupe de travail pour 2004-2008

- L'expérience d'une UTEP au centre hospitalier de Dole depuis 2003 à l'initiative du Dr Etienne MOLLET.
- Une volonté et une dynamique des professionnels de santé du CHU qui ont participé activement à un groupe de travail sur le thème « maladie chronique et éducation du patient ». Le projet médical d'établissement 2001-2006 a ainsi permis d'obtenir des moyens humains pour la création de cette unité, dans le cadre du Contrat d'objectifs et de moyens.

QUELLE EST L'ORGANISATION DE L'UTEP ?

Le comité de pilotage est composé de personnes intéressées par l'ET au sein du CHU : membres de l'UTEP, personnes ressources de chaque service, représentants de l'administration hospitalière, de la Direction des soins infirmiers, de la formation continue

du CHU, du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) - Franche-Comté, du Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES), des institutions...

Son rôle est d'impulser la « politique » de l'UTEP, de guider son travail et de susciter des axes de réflexion afin de renforcer la dynamique et la culture éducative au sein du CHU.

L'équipe de coordination est composée de 5 personnes (2,5 ETP) : une secrétaire à temps plein, une diététicienne et une infirmière chacune à mi temps et deux praticiens hospitaliers qui se partagent un mi temps. Cette équipe de 5 personnes est formée à l'éducation du patient mais également à la formation des soignants dans le domaine de l'ET. Chacun a conservé parallèlement une activité d'éducation auprès des patients dans leurs services respectifs, sur le reste de leur temps de travail.



... suite page 2

L'équipe d'éducation avait été imaginée dans le projet médical 2007-2011 en vue de « protéger » les soignants dont les postes seraient créés pour l'ET et d'éviter qu'ils ne soient « phagocytés » par les soins. L'objectif était également de créer des projets transversaux (ex : éducation des patients à risque cardio-vasculaire). A noter qu'il n'y a pas eu de renfort en personnel jusqu'à présent et il est peu probable qu'il y en ait, compte-tenu du contexte hospitalier actuel. Actuellement, une seule infirmière d'éducation à mi-temps pour les patients asthmatiques (adultes et enfants) est rattachée à l'UTEP.



QUE FAIT L'UTEP ?

- 1) **Sa première mission** a été de réaliser un **état des lieux** dont les objectifs étaient :
 - d'identifier l'existant en matière d'ET : organisation, acteurs, formations, ressources, difficultés ...
 - et de repérer les projets éventuels, les personnes ressources et les aides potentielles que l'UTEP pouvait apporter.

L'équipe a ainsi rencontré les services de soins représentés par le cadre de santé, le chef de service et les personnes intéressées/concernées par l'éducation, soit au total 166 personnes.

Les principaux besoins exprimés par les équipes auprès de l'UTEP ont été par ordre d'importance :

- des formations en ET
- de l'aide méthodologique et logistique,
- des échanges et partages d'expériences.

Dans le but de se présenter, l'équipe de l'UTEP a également rencontré en réunion collective les kinésithérapeutes, les diététiciennes, les psychologues, les assistantes

sociales, les médecins (CME), les cadres de santé, ainsi que les cadres formateurs des écoles de sages-femmes, infirmières, et kinésithérapeutes, (soit environ 150 personnes).

2) Suite à cet état des lieux, **les missions de l'équipe** de coordination de l'UTEP ont été proposées et validées lors de la réunion du comité de pilotage en fin d'année 2007. (encadré 1)

(encadré 1)

Les missions de l'UTEP de Besançon :

- Favoriser la reconnaissance professionnelle et les actions d'éducation au CHU
- Faciliter le reconnaissance financière de l'ET au CHU
- Mettre à disposition des moyens matériels : salle(s) de réunion, matériel pédagogique, aide pour le secrétariat ...
- Mettre en oeuvre et coordonner la formation à l'Education Thérapeutique du patient au CHU
- Proposer un accompagnement des projets : aide à la formalisation, appui méthodologique, aide à l'évaluation ...
- Apporter une aide documentaire et transmettre les textes officiels, les appels à projets
- Faire un état des lieux tous les 3 ans
- Favoriser les échanges entre les équipes du CHU dans le domaine de l'ET et développer les échanges avec des équipes d'autres CH
- Collaborer avec les partenaires internes et externes au CHU.

Voici quelques exemples concrets d'actions mises en œuvre par l'équipe de coordination de l'UTEP depuis un an

Des formations :

- Un travail a été réalisé en collaboration avec le service formation continue afin d'intégrer aux axes institutionnels du plan de formation continue du CHU un axe intitulé : « Améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ».
- Deux types de formations internes au CHU sont actuellement proposées par l'UTEP : « Formation Initiation » et « Formation Action ». Ce sont des forma-

tions multi-professionnelles, transversales et multidisciplinaires. (98 demandes de formations en ET ont émané des services dans le cadre du plan de formation 2008).

- Un **DU d'éducation du patient**, a été créé à la rentrée 2007/2008, sous la responsabilité du Pr Penfornis. L'UTEP fait partie de l'équipe pédagogique.

- **Formation initiale** : L'UTEP participe à l'enseignement de l'ET dans les écoles rattachées au CHU (école de sages-femmes, IFSI, école de kinésithérapie...)

De l'accompagnement :

- Réunions de suivi de projets, aide à l'organisation, aide pédagogique, soutien méthodologique.

Du soutien logistique:

- Aide à la conception de plaquettes, documents écrits, logo, dossier d'éducation, outils éducatifs, posters etc.
- Aide pour invitations de patients à des séances d'éducation, rédactions de comptes-rendus de réunions d'éducation...

De la documentation :

- Recherches bibliographiques,
- diffusion d'articles et de textes officiels,
- création d'un site Internet avec une base documentaire.

Pour les échanges :

- Organisation d'une journée d'échanges sur l'éducation thérapeutique au CHU.
- Création et diffusion d'un bulletin d'information sur l'ET « La fleur de sel »
- Collaboration avec l'équipe des soins de support et le comité de coordination en cancérologie (3C)
- Collaboration avec le CRES
- Convention avec le CISS-Franche-Comté
- Liens avec des équipes d'autres CHU

Pour la reconnaissance :

- Rédaction d'un rapport présentant l'état des lieux réalisé par l'UTEP au CHU.
- Création d'un outil informatique de recensement des actes d'éducation.
- Centralisation des rapports d'activités (pour la valorisation en MIGAC)



... suite page 3

Bilan

Deux ans après la création de l'UTEP, nous pouvons faire un premier bilan :

Les points forts	Les points faibles / difficultés
La construction du projet avec les professionnels des services a facilité le travail de l'UTEP et son « acceptation »	Le manque de moyens humains : travail « à flux tendu » dans les services avec, à venir, une réduction du personnel
L'intérêt et la motivation des équipes paramédicales rencontrées	L'organisation en pôle avec tendance à la mutualisation du personnel paramédical
La taille du CHU de Besançon, propice aux échanges	Le manque de locaux dédiés à l'éducation dans les services
Une équipe UTEP soudée, complémentaire, non déconnectée des soins	L'implication faible des médecins
« La mayonnaise semble avoir pris rapidement »	Une reconnaissance financière (MIGAC) peu favorable
	Le manque de psychologue dans l'équipe de coordination

Conclusion

Comme dans d'autres centres hospitaliers français, le choix a été fait à Besançon d'une unité ressource pour l'éducation thérapeutique, unité qui n'a donc pas pour vocation de se substituer aux équipes soignantes. Elle n'est ni un centre d'éducation où les patients « iraient se faire éduquer », ni une équipe mobile d'éducation qui irait éduquer les patients dans les services. Ce choix nous paraît essentiel, car il permet le développement d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins comme le précise la définition de l'OMS de 1998.

Les bienfaits de cette ET pour les malades et leur entourage ne sont plus à démontrer, mais force est de constater qu'elle fait aussi beaucoup de bien aux soignants ! Les projets en ET permettent en effet aux équipes soignantes de se fédérer et de conserver un peu d'espoir et de motivation, ce qui, dans le contexte hospitalier actuel, est suffisamment rare pour être souligné...

POUR NOUS CONTACTER

Adresse : UTEP – Hôpital Jean Minjoz – 1 bd Fleming – 25000 Besançon

• Téléphone/fax : 03 81 66 89 75 • Mail : utep.secretariat@chu-besancon.fr • Site internet : www.utep-besancon.fr

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 Hocberg (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)

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

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

diabète et pédagogie

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE GROUPE OU EN INDIVIDUEL : QUE CHOISIR ?

HELEN MOSNIER-PUDAR¹ (HÔPITAL COCHIN), G HOCHBERG-PARER² (HÔPITAL SUD FRANCILIEN)

L'ÉDUCATION thérapeutique (ET) est aujourd'hui reconnue comme indispensable dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. Elle est nécessaire à la motivation et à l'acquisition, par le patient, de connaissances, de compétences et d'attitudes appropriées pour faire face à la maladie.

Deux approches existent pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique en individuel ou en groupe. Chacune d'entre elle présente des avantages et des inconvénients. La question posée ici est y a-t-il une approche supérieure à l'autre.

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN INDIVIDUEL :

définitions, avantages, inconvénients

Les premières interventions éducatives décrites le sont en situation de face à face. C'est à l'occasion de consultation de suivi que les soignants, en particulier les médecins, confrontés aux questions de leur patient, commencent à transmettre des informations et des connaissances cognitives. C'est Leona Miller⁽¹⁾ qui démontre la première l'intérêt d'une ET en individuel. Dans les années 70, confrontée à des hospitalisations répétées de nombreux diabétiques de la région de Los Angeles, principalement liées à des complications métaboliques aiguës, elle décida dans un premier temps de renforcer en qualité et en nombre son équipe soignante sans pour autant parvenir à modifier la fréquence ni la durée des séjours hospitaliers de ces malades. C'est alors qu'elle entreprit de mettre en place une équipe éducative visant à enseigner aux malades les bases du traitement afin de prévenir ces accidents métaboliques. Grâce à cette transmission d'information, elle améliore l'état de santé des patients et réduit spectaculairement le coût lié au diabète du fait d'une diminution drastique du nombre d'hospitalisations.

Depuis ces premières études la notion d'ET a évolué et est aujourd'hui clairement différenciée du soin, de l'information et de l'enseignement (tableau 1). Plus encore que

dans la formation de groupe, il est important en individuel d'avoir une intention claire d'éducation thérapeutique et ne pas confondre celle-ci avec de l'information. Les temps dédiés aux soins, concernant plus particulièrement la dimension bio-clinique, et à l'éducation doivent être clairement identifiés avec des intentions bien distinctes et énoncées. Afin de respecter ces différentes dimensions, il est important au cours du suivi du patient atteint de maladie chronique de développer des activités structurées qui satisfassent les différents secteurs. Assal et col² proposent dans cette optique une réorganisation des visites médicales qui organisent des temps avec des objectifs différents permettant d'aborder tous ces aspects : la bio-clinique, l'éducation, l'organisation des soins.

Les séances d'ET individuelle se caractérisent par un face à face avec un seul patient, et éventuellement son entourage. Le thème et les objectifs sont clairement définis et doivent être en accord avec le projet du patient et les compétences à acquérir. La durée moyenne est de 30 à 45 minutes⁽³⁾.

Comme nous le verrons plus loin pour le groupe, l'approche individuelle en éducation du patient a des avantages et des inconvénients (tableau 2).

Le principal avantage de l'approche individuelle est l'individualisation de l'intervention⁴. Une telle approche donne lieu à une relation proche avec le patient, permettant d'aborder les problèmes particuliers et de cerner ses besoins spécifiques. Dans cette situation le soignant se sent plus apte à centrer son attention sur le patient face à lui, à le soutenir, à identifier et à remédier plus facilement à ses problèmes ou besoins.

Souvent les soignants habitués au contact singulier avec le patient se sentent plus à l'aise dans cette situation. La relation est privilégiée, le contact meilleur et l'adaptation au rythme du patient s'en trouve facilitée.

L'approche individuelle a aussi comme avantage de ne pas dépendre de la volonté d'un patient à participer à une ET en groupe. Au delà du refus de s'inscrire dans

une démarche interactive au sein d'un groupe, il s'agit aussi de ne pas vouloir être identifié de façon publique comme une personne présentant un problème de santé, ou de ne pas vouloir délivrer à d'autres des informations très personnelles ou justifier des choix, comme par exemple un asthmatique qui décide de ne pas arrêter de fumer.

Dans certaines circonstances les séances individuelles seront plus particulièrement choisies, car elles peuvent faciliter l'accès à l'ET de patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive, ou des difficultés à se retrouver en groupe⁽³⁾.

Face à ces avantages, les inconvénients les plus évidents sont le coût et le temps soignant qui se trouvent fortement augmentés dans cette approche. Pour le soignant la lassitude de la répétition des messages, de l'absence de structuration de l'enseignement. Pour le patient manque la dynamique de groupe, la confrontation avec les autres patients. Le risque d'emprise du soignant sur le patient n'est pas non plus à négliger.

Y compris dans cette démarche individuelle d'ET, la formation des soignants intervenant reste primordiale. Comme pour toute action en éducation, différentes connaissances et savoir faire doivent absolument être maîtrisés par les soignants.

Enfin l'individualisation n'est pas toujours assurée par l'approche en colloque singulier et l'ET en petit groupe permet tout aussi bien de l'assurer grâce à des méthodes pédagogiques et d'animation de groupe qui prennent en compte les besoins individuels⁽⁴⁾.

¹ Miller LV, Goldstein G. More efficient care of diabetic patients in a country-hospital setting. N Engl J Med 1972; 286: 1388 - 1394.

² Assal JPh, Golay A. Le suivi à long terme des patients chroniques: les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. Med Hyg 2001; 59: 1446-1450.

³ Guide méthodologique HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. HAS 2007; www.has-sante.fr

⁴ Wilson SR. Individual versus group education: is one better. Patient Educ Coun 1997; 32: S67-S75.



... suite page 5

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN GROUPE :

définitions, avantages, inconvénients

Les groupes font partie du processus naturel de vie, au même titre par exemple que de respirer, et dans le domaine de la médecine ils existent depuis fort longtemps. Déjà dans la Grèce antique les relations tissées au sein d'un groupe étaient utilisées à des fins thérapeutiques. Au début du XXI^{ème} siècle, le docteur J Pratt organise pour ces patients atteints de tuberculose des groupes hebdomadaires de discussion. Il constate que ces réunions apportent soutien mutuel, diminuent l'isolement des patients et améliorent les symptômes de dépression. Aujourd'hui l'intervention groupale est favorisée, en particulier en ET, car elle répond au besoin de prise en charge d'un grand nombre de patients et à des contraintes financières ⁽⁶⁾.

Définition du groupe

Un groupe peut être défini comme rassemblement ou un groupe de personnes qui ont un point d'intérêt commun, par exemple l'auto prise en charge du diabète.

La taille du groupe peut être très variable, de 2 à 20 personnes ⁽⁶⁾. Certaines interventions à type d'exposé pédagogique peuvent même réunir un nombre plus grand de participants. La taille du groupe ne va pas dépendre uniquement de la méthode pédagogique employée, mais aussi, du contenu des messages éducatifs, de la population à qui elle s'adresse, de l'expérience et des préférences de l'éducateur, ainsi que de l'organisme payeur.

Des groupes trop petits, moins de 4 personnes, ne permettent pas de développer une interaction suffisante et favorise un travail en individuel avec chaque participant plutôt qu'un véritable échange d'expériences. Aujourd'hui la plupart des équipes semblent s'accorder sur l'importance de groupes ayant des dimensions modérées 8 à 10 personnes. Avec cette dimension les bénéfices de l'interaction entre les participants est optimale, et permet, dans un même temps au patient de valider leurs propres expériences et de répondre à leurs besoins ⁽⁴⁾.

Chaque groupe a un objectif spécifique et répond à un besoin bien précis. Avoir un groupe homogène permet d'avoir une meilleure adéquation entre l'objectif de l'intervention et les besoins des participants. On augmente ainsi les chances de succès. Il est donc important de sélectionner les patients

pour lesquels on pense que l'ET en groupe peut être bénéfique, et surtout de les faire participer dans un groupe qui va répondre à leurs demandes et besoins. Pour optimiser l'efficacité de l'ET en groupe, les sessions doivent pouvoir répondre aux préoccupations communes des participants. Ainsi dans le diabète, il est important de distinguer les groupes de patients diabétiques de type 1 et de type 2, car les besoins, habitudes de vie, implication dans la maladie, comportement sont différents ⁽⁷⁾.

Les lieux où les sessions de groupe peuvent avoir lieu, sont eux aussi très variables, allant des structures spécialisées à des lieux communautaires.

La fréquence et la durée des séances varient beaucoup selon les cas : réunions quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles prévues sur quelques jours à plusieurs mois ou au contraire informelle.

Le groupe hier et aujourd'hui (tableau 3)

Traditionnellement dans le modèle initial de l'enseignement aux patients c'est l'exposé magistral où l'enseignant donne des informations détaillées sur la maladie, ses conséquences, son suivi et les « devoirs du patient », qui avait la préférence des éducateurs. La fin d'un tel exposé pouvait être suivi de sessions de questions pour donner la parole aux patients. Les informations sur la maladie sont évidemment essentielles pour les patients mais souvent insuffisantes pour le décider à se prendre en charge efficacement dans sa vie de tous les jours et s'impliquer comme acteur principal de sa maladie.

Aussi se sont progressivement développés d'autres modèles éducatifs. Aujourd'hui le plus souvent, ces modèles sont centrés sur le patient, ses attentes, ses besoins. L'intervention éducative se développe, alors, à partir des expériences anciennes, actuelles et à venir du patient. Elle ne fait plus intervenir un enseignant unique qui détient le savoir médical, mais une équipe multidisciplinaire de soignants spécialistes de la maladie et de l'ET.

Le rôle des éducateurs a donc lui aussi à évoluer. Il va organiser et préparer les sessions de groupe avec les patients et leurs proches, qui vont pouvoir partager leur savoir, leurs expériences. A l'occasion de ces échanges, les éducateurs vont distiller les informations importantes sur le thème abordé tout en gérant le groupe pour faciliter l'interaction entre les participants. Ils vont aider chacun à s'exprimer et à déve-

lopper ses idées, ses réactions face aux différents problèmes et ses solutions, dans un climat de confiance et de respect de tous. L'éducateur accompagne le groupe dans sa démarche de résolution des problèmes décrits par les participants, de façon à identifier les possibilités et les solutions qui leur semblent les plus appropriées dans leur contexte de vie.

Le contenu de la réunion n'est, dans ce modèle, plus déterminé strictement à l'avance selon un plan et un déroulé stricts. Le thème général des discussions est lui souvent pré choisi pour arriver à progressivement aborder successivement dans le temps des thèmes variés et complémentaires importants pour la prise en charge de la maladie et ses différents aspects.

Avantages et inconvénients du groupe

On reconnaît aujourd'hui les avantages qu'offrent les situations de groupe qui permettent la stimulation et la confrontation des points de vue. De nombreuses expériences en psychologie sociale portant sur les changements de comportements montrent les bénéfices liés aux petits groupes. Il s'avère qu'il est plus facile pour les individus de modifier leurs opinions et leurs comportements lorsqu'ils participent à un petit groupe plutôt qu'en étant isolés. Dans la mesure où certains participants manifestent de nouvelles attitudes, cela peut entraîner le ralliement des autres à ce qui est ressenti dès lors comme la norme dont il ne faut pas s'écarter. Il se peut aussi que ces changements soient dus en partie, au fait que l'on a essayé de faciliter une décision favorable en diminuant les forces antagonistes intérieures des personnes, plutôt qu'en appliquant des pressions extérieures ⁽⁸⁾.

⁵ Zrebiec J. Tips for running a successful group. *Diabetes Spectrum* 2003; 16: 108-111.

⁶ Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education. *Diabetes Care* 2002; 23: 269-274.

⁷ Smaldone A, Ganda OP, McMurrich S, Hannagan K, Lin S, Caballero AE, Weinger K. Should group education classes be separated by type of diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 1656-1658.

⁸ Mensing CR, Norris SL. Group education in diabetes: effectiveness and implementation. *Diabetes Spectrum* 2003; 16: 96-103.



... suite page 6

Donc pour être efficace, c'est à dire permettre à chacun d'effectuer les apprentissages nécessaires, le groupe doit être interactif, mais au delà de faciliter les échanges, cette interaction doit être planifiée et anticipée. A l'inverse, même un petit groupe peut être un échec complet si l'éducateur se cantonne à faire un simple exposé pédagogique à des participants passifs.

La formation en groupe évite de répéter plusieurs fois les messages. Ceci n'est pas un obstacle pour l'approche individuelle des participants. Outre le respect de la parole et l'écoute que doit avoir l'éducateur, l'utilisation de matériel comme des outils individuels pour la résolution de problèmes, des contrats d'objectifs personnalisés, l'accompagnement spécifique pour certains dans certains domaines permet de répondre aux besoins de chacun.

D'autres avantages peuvent aussi être pris en considération :

- Rupture de l'isolement des participants, ils vont pouvoir se sentir moins seuls, en se rendant compte que d'autres partagent leurs sentiments, leurs peurs et leurs espoirs.
- Encouragement à chercher un soutien dans leur entourage familial ou social et à communiquer plus efficacement avec les professionnels de santé.
- Favoriser les échanges et les apprentissages grâce aux expériences et aux solutions des uns et des autres. Ces apprentissages sont aussi bien d'ordre cognitif que comportemental en abordant de nouvelles approches thérapeutiques ou stratégies de coping.
- Accepter des informations, des conseils ou des critiques constructives peut être plus facile lorsqu'ils proviennent de personnes partageant le même problème de santé que de la part des soignants.
- Le groupe permet d'exprimer et de travailler sur des émotions fortes, car il est un lieu de soutien émotionnel basé sur un lien commun avec une maladie commune.

Stimuler les interactions, organiser les confrontations entre les participants implique que celui qui gère le groupe assure une fonction de facilitation d'échanges. Les techniques qui permettent cette fonction sont les reformulations, les questions en retour ou en relais, ainsi que les synthèses.

Le groupe peut aussi connaître des blocages, certains participants prennent trop de

place tandis que d'autres demeurent en retrait. Il est important aussi de pouvoir, en particulier lorsque les participants sont confrontés à des situations anxiogènes, nommer ce qui se passe de reconnaître ce qui peut être un blocage pour l'apprentissage. Cette approche ne nécessite pas de formation particulière en psychologie, mais relève du bon sens clinique.

En dehors de l'inconvénient majeur de transformer le groupe en un cours d'école d'autres désavantages doivent être signalés :

- La confidentialité de ce qui est dit et fait est parfois difficile à obtenir. En aucun cas le soignant ou l'éducateur ne peut garantir le respect de la confidentialité par tous les participants.
- Le patient dans un groupe, malgré tout, reçoit moins d'attention individuelle que lors d'un colloque singulier.
- Parfois le groupe peut donner à une personne le sentiment d'être perdue dans la foule et de ne plus être apprécié pour son caractère unique.

Comme cela a déjà été dit, la cause plus importante d'échec du groupe reste « l'inadéquation entre le patient et le groupe ». Un patient qui n'est pas prêt pour participer à une ET de groupe même si les objectifs du programme répond à ses besoins, des objectifs inappropriés pour le patient sont aussi des causes de non réussite.

Les soignants et les éducateurs peuvent néanmoins avoir des difficultés à animer un groupe et à en exploiter les ressources. Ceci souligne l'importance de la formation initiale et continue⁽⁹⁾. Il ne s'agit pas de reproduire ce qui est fait en individuel à un groupe de plusieurs personnes. Des compétences pédagogiques, en animation de groupe sont nécessaires. Faire de l'ET en groupe demande de :

- bien connaître et posséder les compétences pédagogiques, ce n'est que grâce à l'expérience que l'éducateur pourra faire face à toutes les situations ;
- maîtriser la thématique abordée et le contenu de l'intervention ;
- être capable de mettre en place des stratégies qui permettent d'apporter et faire acquérir des connaissances, d'engager les participants dans un processus de changement concernant leur propre maladie, d'aider les personnes à surmonter les obstacles.

Il est donc primordial que l'éducateur prépare son intervention. Les interactions ne peuvent être constructives que si elles sont planifiées et facilitées par l'attitude de l'éducateur. Tout le matériel nécessaire doit être disponible. Les outils et les méthodes pédagogiques doivent être pensées non seulement en fonction de la thématique de l'intervention, mais aussi des besoins des participants, de leur âge et de leur culture. Des connaissances théoriques sont aussi nécessaires sur les techniques et les théories qui sous tendent l'apprentissage, en particulier chez l'adulte.

Le point crucial est la capacité que l'éducateur va avoir à tisser un relationnel au cours de l'intervention qui va aider les participants à prendre la décision de changer ou à s'engager dans le changement. Il doit être capable de déterminer les besoins des participants. L'éducateur doit donc avoir une grande capacité d'adaptation pour répondre aux besoins individuels.

LES ÉTUDES COMPARANT L'ÉDUCATION DE GROUPE ET L'ÉDUCATION INDIVIDUELLE

Peu d'études comparent directement les deux méthodes individuelle et groupale en ET.

Dans le diabète de type 2 une étude récente montre à 6 mois une efficacité similaire des deux méthodes⁽¹⁰⁾. Un programme identique a été délivré en individuel et en groupe, par les mêmes soignants. La seule différence a été un temps supplémentaire au début dans l'ET en groupe, pour permettre la création de la dynamique de groupe et mettre en place le processus d'éducation. A 6 mois, l'amélioration de l'hémoglobine A1c était légèrement supérieure dans l'intervention ET en groupe, à la limite de la significativité (différence de 0,8 entre les deux modalités d'éducation, $p=0,05$). Les 2 types d'intervention ont montré des améliorations dans le domaine du poids, de l'acceptation psychologique, des attitudes vis-à-vis du diabète, de la qualité de vie et des connaissances sur le diabète.

⁹ Lacroix A. Pédagogie de groupe ou individuelle. Diabète Éducation 2007; 17, numéro spécial: 6-8.

¹⁰ Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education. Diabetes Care 2002; 23: 269-274.



... suite page 7

Les auteurs concluent que l'ET en individuel ou en groupe, dans les conditions de l'étude, présente une efficacité similaire aussi bien en terme de connaissance que de résultats biocliniques. Ils démontrent que l'ET en groupe, lorsque celui-ci est de taille contrôlé (au maximum 8 patients), permet de répondre aux besoins individuels des participants.

Une intervention éducative en groupe lors de la mise en route de l'insuline s'accompagne d'un degré de satisfaction supérieure chez les patients en comparaison à une intervention individuelle, avec un contrôle glycémique similaire à un an pour les deux méthodes ⁽¹¹⁾.

Dans une étude plus ancienne ⁽¹²⁾, Campbell a comparé une intervention éducative minimale en groupe, un programme individuel, une intervention plus importante en groupe et un programme comportemental individuel. Il montre une amélioration de l'hémoglobine A1c et de l'IMC, sans différence entre les groupes. Ainsi il conclue à une efficacité similaire des différentes modalités d'éducation dans l'aide apportée à l'auto prise en charge du diabète par les patients.

Dans sa méta analyse, Norris et al ⁽¹³⁾ a comparé l'éducation en groupe à l'éducation individuelle. Il conclue à une supériorité de l'éducation en groupe sur l'éducation individuelle pour les interventions sur le mode de vie (alimentation et exercice physique). L'acquisition de savoir faire dans le traitement du diabète était aussi bonne en groupe qu'en individuel. Plus récemment, les mêmes auteurs ⁽¹⁴⁾ ne démontrent pas de différence significative sur le contrôle glycémique entre éducation en groupe et individuelle.

En résumé, les deux types d'intervention éducatives font leur preuve et ont leur utilité. En ce qui concerne l'éducation de groupe elle aurait pour certains une efficacité supérieure dans les changement de comportement notamment pour améliorer l'hygiène de vie (diététique, activité physique) essentielle dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques et notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme... D'autres ont démontré également l'efficacité de ces 2 types d'intervention mais aussi leur complémentarité dans le temps dans la prise en charge d'une maladie chronique. Ainsi, chez 1369 diabétiques de type 1 et de type 2 insulino-traités une prise en charge édu-

cative de groupe après une prise en charge initiale individuelle s'accompagne d'une amélioration de l'équilibre glycémique lorsqu'on la compare à des patients qui n'ont pas eu de renforcement éducatif en groupe (diminution à 6 mois de l'hémoglobine glyquée A1c de 0,48 à 0,8 selon le type de diabète, $p = 0,0005$) ⁽¹⁵⁾. Ceci laisse à penser que les 2 types d'intervention sont complémentaires et peuvent se succéder dans le temps pour augmenter le bénéfice sur l'état de santé.

INDIVIDUEL OU GROUPE

Lorsque la question est posée à des soignants sur leur préférence à former des patients en groupe ou en individuel, les infirmières, diététiciennes se prononcent généralement en faveur d'un enseignement individuel. Ce choix témoigne de leur préférence pour la relation personnelle, estimant que le principal avantage est de pouvoir s'adapter au profil du patient ⁽⁸⁾. De leur côté les médecins en pratique privée ont obligatoirement à faire à des patients en colloque singulier. Ainsi pour une grande proportion de soignant, et pour des raisons diverses, l'intervention éducative individuelle semble le choix le plus naturel, et si la formation en groupe est aujourd'hui largement pratiquée, c'est avant tout pour des raisons de faisabilité liées à des problèmes de disponibilité et de temps. D'un autre côté pour les autorités de santé le groupe semble avoir la préférence, principalement pour des raisons de coût.

Il faut se méfier d'opposer l'éducation thérapeutique en individuel ou l'éducation en groupe. Ainsi dans certaines situations, l'ET en individuel permet une meilleure adaptation à la réalité de la vie du patient et à son rythme ⁽³⁾. Dans d'autres l'intervention du groupe va aider le participant à prendre des décisions et à adopter des changements.

En fait l'apprentissage du patient atteint de maladie chronique nécessite de faire appel à de nombreuses techniques, supports pédagogiques. L'une d'entre elles est basée sur l'alternance de séances individuelles et collectives avec en plus des entretiens à distance. Les séances individuelles permettent d'initier l'éducation, de faire des bilans, de conserver la singularité de la prise en charge. Les séances collectives favorisent les échanges entre pairs dont on connaît l'importance pour les processus d'appropriation des compétences et leur perception d'utilité ⁽¹⁶⁾.

Tableau 1 : Définitions

Définitions	
Information	Élément de connaissance pouvant être représenté physiquement de différentes manières qui a pour but la conservation, l'analyse ou la communication
Enseignement	Systèmes d'actions mis en place dans le cadre d'un apprentissage
Apprentissage	Processus actif centre sur un objectif qui transforme des connaissances en valeurs permettant l'installation d'un nouveau comportement
Education	Association de plusieurs expériences d'apprentissage
Instruction	Représente les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information de façon à promouvoir ou maintenir une bonne santé

¹¹ Erskine P, Daly H, Idris I, Scott A. Patient preference and metabolic outcomes after starting insulin in groups compared with one-to-one specialist nurse teaching. *Diabetes* 2002; 51(Suppl 2):77A

¹² Campbell E, Redman S, Moffitt P, Sanson-Fisher R. The relative effectiveness of educational and behavioral instruction programs for patients with NIDDM: a randomized trial. *Diabetes Educ* 1996; 22: 379-386.

¹³ Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24: 561-587.

¹⁴ Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 1159-1171.

¹⁵ Koev DJ, Tankova TI, Kozlovski PG. Effect of structured groupe education on glycemic control and hypoglycemia in insulin-treated patients. *Diabetes Care* 2003; 26: 251.

¹⁶ Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins. *Santé Publique* 2007; 19: 293-301.



... suite page 8

Tableau 2 : Avantages et inconvénients de l'éducation en individuel et en groupe (D'après Anne Lacroix) ⁽⁹⁾

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE	INDIVIDUEL	GROUPE
Avantages	Personnalisation Permet d'aborder le vécu du patient Meilleure connaissance du patient Possibilité de cerner les besoins spécifiques du patient Respect du rythme du patient Meilleur contact Relation privilégiée	Echanges d'expériences entre patient Confrontations de points de vue Convivialité Rupture du sentiment d'isolement Emulation, interactions Soutien y compris émotionnel Stimulation des apprentissages Apprentissages expérientiels par « situations problèmes » Gain de temps
Inconvénients	Pas de confrontation avec d'autres patients Absence de dynamique de groupe Risque d'enseignement peu structuré Risque d'incompatibilité avec un patient difficile Risque d'emprise du soignant sur le patient Lassitude due à la répétition Prend trop de temps	Enseignement impositif (vertical) Patients trop hétérogènes Difficulté de faire participer les participants Inhibition des patients à s'exprimer Difficulté d'accorder de l'attention à chacun Difficulté à gérer un groupe Horaires fixes des cours

Tableau 3 : Modèles d'éducation thérapeutique utilisés en groupe (D'après Carolé Mensing et Philip Norris) ⁽⁸⁾

	MODELE TRADITIONNEL	MODELE ACTUEL
FORME	Exposé pédagogique	Réunion interactive
ROLE DE L'EXPERT	Un enseignant ou professeur	Facilitateur, éducateur
ROLE DU PATIENT	Le patient écoute	Le patient participe, est actif, il apprend
LES INVITES	Famille, personnes proches	Personnes ressources, accompagnant actif
INTERPELLATION DES PARTICIPANTS	Information, questionnaire	Participation active, échanges

RÉSUMÉ

Aujourd'hui tout le monde s'accorde pour reconnaître l'utilité et l'importance de l'éducation thérapeutique. Malgré cela des questions restent encore sans réponse. Celle de la supériorité d'une méthode éducative, individuelle ou en groupe, sur une autre, en est une. Nous montrons ici que chacune a ses avantages et inconvénients. Pour nous ces deux méthodes sont complémentaires. Le choix de l'une ou l'autre va dépendre de nombreux paramètres dont les plus importants sont le moment où se situe le patient par rapport à sa maladie, ses besoins et attentes, les messages à transmettre, mais aussi les disponibilités de telle ou telle méthode d'éducation dans l'offre de soin et les compétences du soignant. Dans tous les cas, l'éducation thérapeutique doit être intégrée au soin, planifiée et réalisée lors de temps dédiée par des soignants formés.

de la théorie à la pratique

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ / ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : SIMILITUDES ET DIVERGENCES

ISABELLE VINCENT, INPES



QU'EST-CE qui rassemble et qu'est-ce qui sépare les démarches d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient ? L'examen des principales définitions existantes et l'analyse des enjeux qui peuvent pousser à séparer ou au contraire à rassembler ces démarches fournissent un premier élément de réponse. Mais c'est l'exploration comparée des questions très concrètes qui se posent aux personnes souhaitant mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé ou une démarche d'éducation thérapeutique du patient qui nous apporte les éléments les plus intéressants : elle montre que les questions sont les mêmes, mais que les réponses apportées peuvent être multiples et parfois même opposées, aussi bien en éducation pour la santé qu'en éducation thérapeutique du patient. Ces questions renvoient à la vision de l'homme et au projet de société dont tout modèle éducatif est porteur : c'est en effet bien là que doit porter le questionnement, aussi bien dans les pratiques d'éducation pour la santé que dans les pratiques d'éducation thérapeutique du patient.

C'est notamment le cas dans les recommandations de l'organisation mondiale de la santé de 1998 et dans le guide méthodologique HAS-INPES. Du point de vue de l'usage des termes dans la littérature internationale, notamment anglosaxonne, la formulation la plus communément employée est « Patient Education ». Dans Medline, la base de bibliographique de la National Library of medicine, dans le répertoire structuré des mots-clés (le thésaurus ou Mesh : medical Subject Headings), le seul mot clé existant est « Patient Education ». La définition donnée est la suivante : « The teaching or training of patients concerning their own health needs ». Le mot "Patient Education" apparaît alors comme un sous-groupe de l'éducation pour la santé.

Dans la même optique, Jacques Bury (1988) considère que « vouloir séparer l'éducation pour la santé (au sens de prévention primaire et promotion de la santé)

de l'éducation thérapeutique du patient constituerait, un contresens conceptuel et historique : conceptuel parce que les fondements sont les mêmes (évolution de l'axe dépendance vers davantage d'autonomie, de participation des patients/citoyens et de responsabilisation) et historique puisque tous les deux procèdent d'un changement du modèle de santé en cours et accompagnent celui-ci, d'un modèle biomédical à un modèle global. ¹ .

Comme le tableau ci-dessous l'illustre bien, l'éducation pour la santé constitue une des modalités de prévention au côté de 5 autres types de mesures : actes médicaux et techniques, actions sur l'environnement, mesures légales, mesures socioéconomiques et auto-prévention qui se déclinent différemment en prévention primaire, secondaire ou tertiaire – l'éducation thérapeutique du patient étant alors considérée comme la partie « prévention tertiaire » de l'axe « éducation pour la santé.

DES AVIS TRANCHÉS ET PARFOIS CONTRADICTOIRES DANS LA LITTÉRATURE

De nombreuses formulations existent pour parler des activités éducatives s'adressant aux personnes engagées dans une relation de soins et à leur entourage. Il s'agit notamment : d'« éducation thérapeutique du patient », d'« éducation pour la santé du patient » ou encore d'« éducation du patient ». Du point de vue de l'usage en France, dans les ouvrages et recommandations traduites en langue française et dans la pratique, les termes « éducation du patient » ou « éducation thérapeutique du patient » sont souvent utilisés indifférem-

Les différentes modalités de prévention. Adapté de Bury, 1988

Prévention	primaire	secondaire	tertiaire
Actes médicaux	Vaccinations	Dépistages	Rééducation respiratoire et techniques chez les anciens fumeurs
Actions sur l'environnement (génie sanitaire, recherche industrielle...)	Traitement et élimination des déchets	Isolation contre le bruit	Aménagement des lieux publics pour faciliter l'accès aux personnes handicapées
Mesures légales	Loi Evvin	Obligation de certains dépistages	Législation sur l'intégration professionnelle des handicapés
Mesures socio-économiques	Construction de logements sociaux	Centres de dépistage anonymes et gratuits du sida	Couverture médicale universelle
Éducation pour la santé	Éducation des jeunes en milieu scolaire sur l'alimentation	Éducation nutritionnelle des personnes hypertendues	Éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique
Auto prévention	Adaptation du régime alimentaire aux besoins énergétiques	Autopalpation des seins	Participation à un groupe d'anciens buveurs



... suite page 10

Pour A. Deccache (1999) « L'éducation du patient peut être considérée, au sens large, comme une éducation pour la santé dirigée vers des personnes ou groupes engagées dans une relation de soins ». Ce qui va spécifier l'éducation thérapeutique du patient au regard de l'éducation pour la santé est donc le lieu et le contexte dans lequel l'éducation s'exerce, à savoir une « relation de soins ».

Pour J.-F. D'Ivernois et R. Gagnayre (2004), la différence porte sur le contenu des interventions et sur leurs objectifs : « Par contraste avec des interventions en éducation pour la santé qui cherchent à délivrer le message d'information le plus simple possible, l'éducation thérapeutique aborde des contenus relativement complexes qui nécessitent un apprentissage souvent long et soutenu. » La divergence porte ici sur le niveau de simplicité/complexité du contenu des interventions.

Pour B. Sandrin-Berthon, considérer l'éducation du patient comme une forme particulière d'éducation pour la santé oblige les professionnels de la santé et notamment les médecins à 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 (Sandrin-Berthon, 2004), d'objectifs médicaux vers des projets de vie. De même, se rattacher à l'éducation pour la santé permet d'éviter, comme le dit Sandrin-Berthon, « les pièges d'une éducation du patient focalisée : sur l'observance [...] ; sur les apprentissages [...] et sur la responsabilité individuelle ».

AU-DELÀ DES AVIS DES AUTEURS SUR LES DÉFINITIONS, DES ENJEUX STRATÉGIQUES DATANT D'UNE QUINZAINE D'ANNÉES À PEINE

En 1995, le seul ouvrage français consacré spécifiquement à l'éducation du patient est celui de J.-F. D'Ivernois et R. Gagnayre, « Apprendre à éduquer le patient », publié aux éditions Vigot dans une collection intitulée « éducation du patient », dirigée par J.-F. d'Ivernois. Dans ce livre, en 1995, référence en France pour le développement de l'éducation du patient, on voit que les positions des auteurs sont très proches des propos de J. Bury : «

l'éducation du patient se situe au niveau de la prévention tertiaire. La maladie est installée ; elle ne peut pas être guérie, mais les risques de mort peuvent être éloignés, les complications inéluctables distancées par la participation du patient à son traitement et son auto-surveillance. Même si ces deux types d'éducatons en santé se situent à des niveaux de prévention différents (l'éducation sanitaire est un moyen de prévention primaire), l'éducation du patient est incontestablement issue de la méthodologie de l'éducation sanitaire dont elle tire en grande partie sa démarche. » (page 13) Cependant, pour ces auteurs, l'appartenance du l'éducation du patient à l'éducation pour la santé trouve ses limites à cause de 2 différences. La première s'adresse à des gens « bien portants » alors que la seconde s'adresse à des individus « atteints de maladie ». Et par ailleurs, ils considèrent que l'éducation pour la santé « est devenue principalement une action de masse (...), elle s'est médiatisée. Sa réflexion s'est progressivement orientée sur des stratégies de communication au grand public » alors que l'éducation du patient « a donc dû s'appuyer sur un autre champ d'expériences, celui de la rééducation fonctionnelle, lequel, à bien des égards, observe une démarche comparable ».

Dans cet ouvrage le terme « éducation thérapeutique du patient » n'apparaît pas, les auteurs parlent uniquement « d'éducation du patient » avec la volonté forte de l'inscrire comme une « pratique indissociable de la thérapeutique ». La plus large diffusion du vocable « éducation thérapeutique du patient » trouve son origine en 1998 lors des travaux des 3 centres collaborateurs de l'OMS sur les programmes de formation continue des professionnels de santé dans le champ de l'éducation « thérapeutique » du patient. Il s'agit d'affirmer ces recommandations sur la formation des soignants à l'éducation dans le cadre des maladies chroniques comme faisant partie du rôle propre des soignants, afin que dans la formation des soignants, soient inclus dans leurs objectifs, l'acquisition de compétences éducatives.

En parallèle, le clivage s'est accentué entre d'une part ce qui relèverait uniquement des professionnels de santé à savoir l'ETP et ce qui relèverait d'autres professions du champ éducatif et social à savoir l'EPS. Les

raisons de cette volonté de vouloir séparer l'ETP de l'EPS peuvent s'expliquer par plusieurs hypothèses : des revendications professionnelles pour « ennoblir » l'éducation du patient en la médicalisant ; les démarches d'éducation thérapeutique étant l'affaire des professionnels de santé, elles deviennent de ce fait bien plus « sérieuses » que l'éducation pour la santé.

La volonté de médicaliser l'éducation du patient s'explique également par un souci de financement des activités. Si l'éducation du patient arrivait à obtenir le statut d'un acte médical, il deviendrait possible de lui attribuer une cotation correspondant à un montant pouvant être pris en charge par la sécurité sociale, d'où la volonté de « réserver » les actions/actes d'ETP aux maladies chroniques. La volonté de faire financer l'ETP dans le cadre des soins et l'éducation pour la santé dans le cadre plus général des politiques de prévention se justifie également pour « protéger » en quelque sorte les activités d'éducation pour la santé, du fait de la crainte du secteur de l'éducation pour la santé de voir ses crédits « phagocytés » au profit de l'ETP jugée plus crédible, plus rentable et plus efficace par certains financeurs.

EN PRATIQUE, LES QUESTIONS QUI SE POSENT AUX PROFESSIONNELS SONT-ELLES DIFFÉRENTES LORSQU'IL S'AGIT D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ OU D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ?

En prenant deux exemples concrets, l'un dans le champ de l'éducation pour la santé et l'autre dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient, il est possible d'apporter une réponse à cette question.

¹ Ces constatations ne viennent pas par ailleurs contredire ce que de nombreuses méta analyses confirment, à savoir, la valeur thérapeutique spécifique c'est-à-dire - soignante - de l'éducation du patient, au sens d'« effet thérapeutique complémentaire aux autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.). (OMS, 1998)»



... suite page 11

Objectifs des projets

Quand une équipe éducative souhaite mettre en place un projet d'éducation pour la santé autour de l'alimentation en milieu scolaire par exemple et quand une équipe soignante souhaite monter un projet d'éducation du patient diabétique à l'hôpital, elles vont toutes les deux se poser en début de projet les mêmes questions concernant les objectifs des actions menées. Au-delà des objectifs de santé publique, qui pour les premiers pourraient être formulés en terme de « diminution du surpoids » et pour les seconds en terme « d'amélioration du taux de l'hémoglobine glyquée » ou de « diminution des complications du diabète », les objectifs peuvent être dans les 2 projets de transmettre des connaissances (par exemple, connaître les repères du PNNS) ; développer des compétences (savoir composer un plateau repas équilibré au regard de la composition du petit déjeuner et du dîner – savoir faire des injections) ; faire adopter des comportements (manger 5 fruits et légumes par jour – être observant) ; permettre à chacun de s'épanouir et de progresser (se faire confiance ; avoir un esprit critique – devenir plus autonome) ; permettre à chacun de faire des choix (agir sur l'environnement : améliorer l'offre alimentaire à l'intérieur de l'école – améliorer l'offre alimentaire à l'intérieur de l'hôpital) ; améliorer la qualité de vie à l'intérieur de l'école (diminuer le niveau sonore de la cantine...)

En fonction du choix fait par les équipes, les réponses concernant l'intention éducative et les objectifs en éducation pour la santé et en éducation du patient vont pouvoir être similaires ou divergents. Il n'est pas rare de voir des projets d'etp, tout comme certains projet d'eps, qui affichent exclusivement des objectifs en terme d'acquisitions de connaissance. Pareillement certains projets d'etp et certains projets d'eps vont pouvoir s'inscrire dans une logique de promotion de la santé. C'est finalement le type de réponses apportées pour chacun des projets qui va pouvoir faire que ces projets soient similaires ou divergents.

Place et rôle accordés aux acteurs

De même dans les 2 types de projets, on s'interrogera sur la place et le rôle accordés à chacun des acteurs : quelle place et

quelle implication pour les élèves, pour les patients ? quelle place et quelle participation pour les parents, pour l'entourage des patients ? quelle place pour les adultes présents à l'école, pour l'encadrement, pour les différents soignants, les personnels administratifs de l'école, de l'hôpital, les directions ?

De la même façon le positionnement du projet pourra porter exclusivement sur les responsabilités individuelles des élèves ou patients ou alors sera construit dans une approche plus large de promotion de la santé qui va au-delà des responsabilités individuelles et intègre notamment ce qui relève des autres et de l'environnement.

On voit bien se dessiner un projet « idéal » sur le papier qui combinerait tout à la fois des objectifs de promotion de la santé et qui se fonderait sur la participation active des destinataires. Au delà de ce qui peut être affiché dans le contenu des projets, il importe également de continuer à s'interroger en équipe sur les motivations des équipes. Pas si facile d'y voir clair...

Une étude auprès d'environ 300 diabétologues et pneumologues, sur la façon de se représenter leur rôle de soignant et le rôle des patients (Trébuchon F. 2004) ² a bien montré combien le regard des soignants est ambivalent : derrière leur volonté d'« éduquer, accompagner les malades » persiste la représentation du rôle du patient qui doit « se soumettre et appliquer les instructions ». Et les auteurs de conclure : « Peu de choix sont laissés au patient, la décision revient toujours au soignant. »

Questions éthiques

D'autres champs de questionnement concernent ce qui relève de l'éthique : Cette intervention éducative bénéficie-t-elle à tous ? L'élève / le patient a-t-il des droits, des devoirs ? Les objectifs de l'action justifient-ils le choix de cette méthode pédagogique, de ce moyen ? Le projet éducatif donne-t-il davantage de pouvoir au patient, à l'élève ? Ici également ces questions ont leur place dans les 2 projets.

Méthodes et évaluations

Les questions concernant le « comment » se construit le projet seront également les mêmes. Encore une fois ce sont les réponses qui pourront être différentes ou alors similaires : même démarche – ou non – de prise en compte des représentations,

des expériences, des facteurs psychosociaux, même volonté – ou non – de faire un programme adaptable à chacun. De même dans le choix des techniques pédagogiques utilisées ; les approches peuvent être les mêmes ou être différentes. Lorsqu'il s'agit de prévoir l'évaluation des actions ou des activités éducatives, les professionnels se posent encore les mêmes questions : l'évaluation portera-t-elle sur les acquis, les changements, les évolutions des élèves / patients ? sur le processus du projet et /ou sur les changements dans les pratiques professionnelles ?

LA NÉCESSITÉ DE DÉPLACER LA QUESTION DES SIMILITUDES ET DIVERGENCES VERS UN QUESTIONNEMENT SUR LA VISION DE L'HOMME ET LE PROJET DE SOCIÉTÉ SOUS-JACENT AUX PROJETS ÉDUCATIFS

A travers la réflexion autour de ces 2 projets –l'un en milieu scolaire l'autre dans le champ de l'éducation du patient– il est intéressant de noter qu'à toutes les phases de ces projets, les questionnements sont les mêmes. Ce qui peut être différent ou similaire, ce sont les réponses que chacun apportera dans leur mise en œuvre : tout pourra être similaire et tout pourra être différent : la participation et l'implication des élèves ou des patients pourra être forte ou au contraire absente ; il en est de même pour tous les points détaillés plus haut.

¹ Ces constatations ne viennent pas par ailleurs contredire ce que de nombreuses méta analyses confirment, à savoir, la valeur thérapeutique spécifique c'est-à-dire – soignante – de l'éducation du patient, au sens d'« effet thérapeutique complémentaire aux autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.). (OMS, 1998)»



... suite page 12

Par conséquent, vouloir distinguer l'un de l'autre est un débat qui écarte peut-être les chercheurs et les praticiens éducateurs de questions plus fondamentales liées à l'engagement politique que sous-tend toute action éducative : quel projet pour l'homme et pour la société le modèle d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient que nous soutenons porte-t-il ? va-t-il vers davantage de liberté pour le patient ? davantage de contrôle ? davantage de pouvoir ? davantage de choix ? davantage de norme ? davantage de soutien ?

DE L'IMPORTANCE DES TERMES

Il est clairement reconnu aujourd'hui que l'éducation thérapeutique du patient ne se réduit pas à l'éducation au traitement ; cependant les termes, les mots, ont tendance à nous enfermer dans un contenu qui peut porter à confusion ; les sens du mot thérapeutique sont multiples et chacun l'entend de façon plus ou moins restreinte et plus ou moins globale.

Ne minimisons pas le poids de certains mots comme celui-ci. Il est parfois difficile de faire comprendre à des patients ainsi qu'à des soignants que l'éducation thérapeutique du patient va s'intéresser à 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...

De même manions avec prudence voire

douceur le terme « éducation » : combien d'entre nous ont de mauvais souvenirs avec l'éducation : échec scolaire, sanction, contrôle, note, etc. Les champs de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient ne doivent pas renvoyer pour ceux qui en bénéficient vers des peurs ou des sentiments de jugement et d'échec potentiel. La santé et la maladie ne peuvent renvoyer à l'univers des sanctions et des peurs prescrites.

Les notions d'empathie et d'alliance recouvrent sans doute mieux ce qui se joue dans la relation soignant / soigné surtout si elle se donne pour objectif d'être éducative. L'éducation n'est pas synonyme d'apprentissage : tout ne s'apprend pas avec des techniques pédagogiques, aussi performantes soient elles. Tous les soignants en font régulièrement l'expérience : lorsqu'un patient semble davantage mieux suivre son traitement, qui pourra dire si ce qui l'a aidé sera : les séances d'informations qu'il aura eu sur sa maladie, sur son traitement ? l'écoute qu'il aura reçue de la part de son médecin aux questions qu'il se pose sur son avenir ? la conviction du médecin que ce traitement est bon pour ce patient ? le poids de la relation de transfert dans la relation ? la motivation du patient à faire plaisir à son entourage ? un souvenir ou un projet à concrétiser ? etc ? La rationalisation des comportements de santé est séduisante dans les modèles ou sur le papier mais ne correspond pas à la vraie vie de chacun

d'entre nous.

L'acquisition de compétences est utile mais nous avons tous fait l'expérience dans nos vies privées et professionnelles que c'est aussi dans un climat de respect – certains diraient d'accueil – inconditionnel de l'autre que chacun peut davantage exprimer et déployer ses propres ressources, ou pour le dire autrement « s'épanouir ». C'est sans doute cette capacité d'accepter l'autre en totalité, dans sa diversité et sans jugement, qui fait les « éducateurs » les plus reconnus.

Références :

- Bury J. Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles (Belgique) : De Boeck, coll. Savoir et santé ; 1988. 231 p
- Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles (Belgique) : De Boeck, coll. Savoirs et santé ; 1989. 239 p.
- D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique (2e éd.). Paris (France) : Maloine ; 2004. 155 p.
- Haute Autorité de Santé, Inpes. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Saint-Denis la Plaine (France) : HAS ; 2007.
- OMS, Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague (Danemark) : OMS ; 1998. 88 p.
- 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 formatrice pour la santé ; 2004.

autres pathologies chroniques

MALLETTE DE FORMATION À LA NUTRITION DESTINÉE AUX INFIRMIÈRES DE DIALYSE

DAVID NOUET, SERVICE DIÉTÉTIQUE - HÔPITAL SAINT LOUIS - PARIS

LONGTEMPS ignorée, la nutrition est désormais au centre des préoccupations en néphrologie. Elle constitue d'ailleurs un axe majeur de la prise en charge des personnes hémodialysées du fait de son rôle pronostic ^[1]. Or, l'étude Euro-DOPPS portant sur l'analyse des pratiques médicales en dialyse a mis en évidence que seulement 50% des centres de dialyse en France disposait d'un(e) diététicien(ne). Il était alors pertinent de savoir qui prodiguait l'éducation nutritionnelle en l'absence de professionnel de santé expert en nutrition et sur quelles bases s'appuyaient les savoirs.

Une enquête réalisée auprès de 20 de ces centres a montré, qu'en l'absence de diététiciens, l'activité de conseil nutritionnel était largement dévolue aux infirmiers(ères) du fait de leur position stratégique dans la mise en œuvre des soins auprès des patients. Même s'il est stipulé dans l'article L 473 du code de santé publique que l'infirmier(ère) « participe à différentes actions en matière d'éducation de la santé et de formation » ^[2], la majorité reconnaît avoir des connaissances théoriques limitées en diététique thérapeutique et ne pas pouvoir répondre de façon optimale aux problématiques nutritionnelles des patients.

L'analyse des données recueillies auprès des infirmiers(ères) a permis de développer un outil pédagogique permettant l'acquisition de connaissances pratiques dans le domaine de la nutrition qui seront directement applicables auprès des patients hémodialysés.

La démarche d'ensemble s'est articulée autour des axes suivants :

LA CONCEPTION D'UNE MALLETTE DE FORMATION À LA NUTRITION QUI SE COMPOSE DE :

- Un livret « alimentation en dialyse » explicitant les modalités de prise en charge nutritionnelle. Il s'accompagne d'une grille de détermination du BMI et les conduites thérapeutiques nutritionnelles correspondantes mais aussi des différents indicateurs cliniques et biologiques (SGA, Albumine, préalbumine...) ^[3] facilement exploitables par les infirmiers(ères) comme outils de détection de la dénutrition des patients dialysés.
- Fiches d'aliments où figurent leurs caractéristiques nutritionnelles en regard des paramètres à contrôler dans l'insuffisance rénale terminale : teneur en calories, protéines, potassium, phosphore et sodium.
- Un « disque potassium » permettant de déterminer l'apport potassique d'un repas selon la composition de ce dernier.
- Un support iconographique présentant des mesures ménagères afin de faciliter l'évaluation des apports liquidiens.
- Un tableau aimanté accompagné de magnets illustrant la consommation d'aliments riches en phosphore sur la journée.
- Un jeu de cartes « situations – problèmes » présentant chacune une problématique nutritionnelle à laquelle l'infirmière peut-être confrontée avec le patient et les solutions pouvant être envisagées.

L'obtention d'un partenariat avec un laboratoire pharmaceutique permettra prochainement la duplication de cette mallette.

LA MISE EN PLACE D'UNE FORMATION AUPRÈS DES CENTRES DE DIALYSE CONCERNÉS :

L'objectif de cette formation sera, de proposer aux infirmiers (ères) une méthodologie pour l'utilisation de la mallette, et de s'assurer qu'ils la maîtrisent auprès des patients dialysés.

Le diététicien jouera d'ailleurs un rôle central puisqu'il reste seul expert dans la conception d'outils en nutrition et du contenu de la formation proposée.

Une phase d'évaluation qui portera d'une part sur l'impact pédagogique de la formation et d'autre part sur la pertinence de l'outil pédagogique en tant que tel.

¹ Combe C, Chauveau P, Laville M, Fouque D, Azar R, Carno N, Canaud B, Roth H, Leverve X, Aparicio M. Influence of nutritional factors on haemodialysis adequacy on the survival of 1,610 French patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 2001; 37 Suppl 2: 581-588.

² Loi 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L 473, L 475 et L 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmière.

³ Hecking E, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, Pisoni RL, Andreucci VE, Combe C, Greenwood R, Mac Cullough K, Feldman HI, Young EW, Held PJ, Port FK. Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries : Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2004 Jan; 19(1): 100-7

⁴ Julien J-PH, Combe C, Lasseur C. L'évaluation nutritionnelle subjective globale : un outil de diagnostic infirmier ? *Revue Echanges Nutrition*, Sept 2000.



... suite page 14

Parce que cela ne reste qu'un outil, la question est de savoir s'il sera utilisé à bon escient et de manière pérenne. Il sera également nécessaire de connaître le degré de connaissances acquises par les infirmiers(ères) et l'impact de leurs interventions sur l'amélioration de l'observance des patients avec le traitement diététique. Dans le souci de maintenir une qualité dans les soins, le diététicien s'assurera de la bonne utilisation de la mallette dans le temps.

La plus-value d'une équipe pluridisciplinaire en dialyse sur l'amélioration de la prise en charge globale des patients n'est plus à démontrer. Elle est souvent le fruit d'un partage des savoirs et savoir-faire

entre professionnels de santé ^[5].

Mais, la création de cette mallette de formation ne s'est pas faite sans poser de problèmes déontologiques ; celui de transférer à un autre corps professionnel, une compétence qui appartient réglementairement qu'aux diététiciens ^[6].

La problématique du partage de compétences évoquée lors des états généraux de l'organisation des soins (EGOS-Février 2008) mérite une réflexion systématique et repose sur la concertation ^[7]. Elle interroge en effet la définition même des métiers, le cœur de leur exercice et les formations pour y parvenir.

S'il est pertinent pour le diététicien de former les infirmiers(ères) afin qu'ils puissent transmettre aux patients des connais-

ances en matière de nutrition, il est indispensable que la qualité de ce partenariat soit maintenue par des échanges et l'évaluation régulière des pratiques avancées.

⁵ Landru I.

Transfert de compétences et statuts professionnels : l'expérience du centre d'hémodialyse de Lisieux. *La Revue Hospitalière de France*, 2006 ; N°511, pp 29-31.

⁶ Buff A, Paccaud F. Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances et exemples d'expérimentations. Institut d'Economie et de Management de la Santé (I.E.M.S). Lausanne. Oct 2006.



DELF
Diabète Éducation de Langue Française

SANTE- EDUCATION PARIS 2009
Vendredi 6 février 2009

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



alfediam
ASSOCIATION FRANÇAISE
DIABÉTIQUE
DU DIABÈTE ET DES
MALADIES MÉTABOLIQUES

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

Date limite de soumission: 30 novembre 2008

Le nom du présentateur doit figurer en premier auteur. Le titre doit être écrit en majuscules. Le résumé, titre inclus ne doit pas dépasser 2500 caractères (espaces inclus).

Sur le mail mettre toutes les coordonnées du 1^{er} auteur: Nom prénom, adresse complète, téléphone et adresse e mail obligatoire.

Après envoi, vous recevrez un mail de confirmation sous 72 heures

Si vous ne l'avez pas reçu, contacter JP Com.

Pour tout renseignement :

JP COM

1 rue Isidore Pierre - 14000 Caen

tel : 02 31 27 19 18 - fax : 02 31 27 19 17

e mail : jp-com@wanadoo.fr

Site: www.jpcom.fr

Comité scientifique :

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

AIR FRANCE
TRANSPORTS AÉRIEN - OFFICE GÉNÉRAL



SANTE EDUCATION PARIS 2008

Code Identifiant 045704F Valable pour transport entre le 04/ 02/2009 au 07/02/2009

Des réductions sont appliquées sur une très large gamme de tarifs dans toutes les classes de transport: Espaces Première, Espaces Affaires, Tenex sur l'ensemble des vols Air France du monde. Pour obtenir les tarifs préférentiels consentis pour cet événement contactez vous sur www.airfrance-globalemeetings.com

ou par le lien Internet de cet événement.

Vous devez garder ce présent document de la manifestation comme justificatif.

Il peut vous être demandé de justifier l'utilisation du tarif consenti à tout moment de votre voyage. Pour connaître votre agence Air France la plus proche, consultez : www.airfrance.com

PRE-PROGRAMME

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

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

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

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

13.30 Remise des prix DELF - industries

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

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

14.45 Démarche d'évaluation en éducation thérapeutique :

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

15.15 Pathologie chronique invitée

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

16.15 Communications orales

17h30 Clôture du congrès

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

BULLETIN D'INSCRIPTION

Droits d'inscription :

Individuelle 145 €

Collectivité – FMC 170 €

Avant le 31 décembre 2008 :

membres du DELF (à jour de cotisation) 105 €

Cotisation annuelle du DELF 20 €

Les droits d'inscription incluent :

L'accès aux communications et à l'exposition, le déjeuner, le livre des résumés.

Formalités :

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

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

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

Numéro d'agrément: 11 75 3241475

Numéro de FMC: 100 026

Nom:

Prénom:

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

Adresse Professionnelle:

Code Postal :

Ville:

Pays:

Téléphone :

Fax:

Email (obligatoire):

Désirez vous une fiche de réduction SNCF: ☐ oui ☐ non

Bulletin à adresser à :

JPCom

1 rue Isidore Pierre 14000 Caen

Tel 02 31 27 19 18 Fax 02 31 27 19 17

Email: jp-com@wanadoo.fr

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

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

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



Désormais disponible en conditionnement trimestriel

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 sulfonamides, 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 : Majorant l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillés), β -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres antidiab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H₂, IMAO, sulfonamides et AINS ; diminuent l'effet hypoglyc. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoïdes, tétracosactide ; en IV : ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte : anticoagulants. GROSSESSE ET ALLAIT. : Relais par insuline si grossesse envisagée ou découverte, allait. contre-indiq. APTITUDE À CONDUIRE : Sensibiliser le patient aux symptômes d'hypoglyc. Prudence en cas de conduite. EFFETS INDÉSIRABLES : Hypoglycémie, troubl. gastro-intest. Plus rares, régressant à l'arrêt du trait. : érup. cutanéomuq., troubles hématol., troubles hépatobil. : élévation des enz. hépat., hépatites (cas isolés). Si ictère cholestatique : arrêt immédiat du trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCÉMIANT-DÉRIVÉ DE L'URÉE. DIAMICRON 30 mg possède un hétérocycle azoté qui le différencie des autres sulfamides. Prop. métaboliques : DIAMICRON 30 mg restaure le pic précoce d'insulinosécrétion, en présence de glucose. En plus de ses propriétés métaboliques, DIAMICRON 30 mg présente des propriétés hémovasculaires : DIAMICRON 30 mg diminue le processus de microthrombose. Prop. pharmacocin. : après l'adm., les conc. plasmat. de gliclazide augmentent progressivement jusqu'à la 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.

