



# DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ ÉDUCATION  
VOLUME 19 - N° 3  
Novembre 2009

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

édito

## FORMER À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, UNE DES MISSIONS PRINCIPALES DU DELF

G HOCHBERG (PRÉSIDENTE DU DELF, [ghp@noos.fr](mailto:ghp@noos.fr))

**U**n formation en éducation thérapeutique du patient (ETP) est certainement un des enjeux majeurs des mois à venir. La reconnaissance de l'ETP et la mise en place de procédure d'accréditation des programmes au sein des nouvelles ARS, va poser la question de la formation des personnels impliqués. Acteur depuis longtemps dans le domaine de la formation en ETP, le DELF se donne les moyens de les poursuivre et de répondre aux critères de qualité qui vont être définis.

D'abord le DELF se dote d'un directeur de formation et d'un Conseil pédagogique. Les missions du directeur sont de développer les activités de formation, d'établir des partenariats, d'assurer la supervision et l'encadrement des formateurs, de valoriser les actions de formation du DELF à travers des publications et des communications en congrès. C'est le Docteur Brigitte Sandrin Berthon qui a rejoint l'équipe du DELF pour ce poste. Nul n'a besoin ici de rappeler son expertise dans le domaine de l'ETP et en particulier dans celui de la formation et de l'accompagnement des équipes dans leurs projets d'ETP.

En accord avec le renforcement des ressources humaines, le DELF augmente, dès début 2010, son offre de formation en ETP. Il s'agit de proposer une nouvelle formation répondant aux critères de qualité. Cette formation intitulée « Pratiquer l'éducation thérapeutique » se compose de 3 modules de 2 jours indissociables, auxquels s'ajoute 1 jour de stage. C'est une formation de niveau 1, selon les critères OMS, d'une durée de 50 heures, ouverte à tous les soignants médecins ou non médecins qui souhaitent pratiquer l'ETP. Cette formation permet au participant de mettre en œuvre une démarche éducative avec les patients, en articulation avec les autres soignants de son service ou de son environnement professionnel. Les thématiques de chaque module seront donc abordées du point de vue de la relation avec le patient mais aussi du point de vue de l'organisation du travail au sein de l'équipe soignante. Le premier

cycle de cette formation débute le 11 et 12 janvier 2010.

Pour autant les autres activités se poursuivent. Les formations thématiques sont toujours proposées sous forme de 7 modules indépendants de 1 à 2 jours : Diagnostic éducatif, Conduite d'un entretien, Le patient face à la maladie chronique, Entretien motivationnel, Modèles de changement de comportement, Typologie des comportements, L'adulte apprenant. Les dates vous sont proposées sur le site du DELF. De nouvelles thématiques sont en cours d'élaboration, par exemple l'évaluation.

Enfin les formations à la carte. Elles répondent à la demande d'hôpitaux, de réseaux, d'associations, d'organismes publics ou privés et peuvent avoir lieu sur site. La durée et le contenu varient selon les demandes. L'analyse des besoins est toujours la première étape d'une telle formation, pour permettre des propositions adaptées taillées sur mesure.

La reconnaissance du DELF dans ce domaine est aujourd'hui acquise, grâce au travail des bureaux successifs de la société. Ainsi le DELF participera aux travaux pour la définition des critères de qualité des formations en ETP. Ses actions, en particulier la formation à venir, « Pratiquer l'éducation thérapeutique », sont fortement soutenues par notre société savante Alfediam - SFD. Les formations anciennes et existantes sont reconnues par le ministère de la santé comme qualifiantes. Nous pensons obtenir cette reconnaissance, aussi pour notre nouvelle formation.

Nous vous incitons fortement à vous former en ETP. Une formation minimale de 50 heures sera demandée aux personnels des équipes qui vont soumettre des programmes à l'accréditation. Inscrivez vous donc !!! Même si les formations actuelles du DELF sont complètes, de nouvelles dates pour 2010 vous sont proposées sur le site.

Pour tout renseignement :  
[delf.sa@orange.fr](mailto:delf.sa@orange.fr)  
[www.diabete-education.org](http://www.diabete-education.org)

## SOMMAIRE

**Éditorial : Former à l'éducation thérapeutique, une des missions principales du DELF** .....P. 1  
[Gislhaine.Hochberg](#)

**Teste pour vous : Diabète de type 1 : le système de télémédecine Diabeo actuellement en bêta test** .....P.4  
[Guillaume Charpentier](#)

**Diabète et pédagogie 1 : Et si l'Éducation Thérapeutique du Patient ne marchait pas ?** .....P.5  
[Gérard Réach](#)

**Diabète et pédagogie 2 : Revoir l'évaluation en Éducation thérapeutique des patients : Évaluer quoi, pourquoi et comment ?** .....P.7  
[Alain Deccache](#)

**De la théorie à la pratique : Éducation thérapeutique : de l'humanisme à l'efficacité** .....P. 11  
[Zoltan Pataky, Grégoire Lager, Alain Golay](#)

**Vie du DELF : Réflexions d'un tabacologue « Et si on oubliait la santé »** .....P.15  
[Charles Brahmy](#)

**Cas patient : Illustrations issues du travail « Vécu du diabète de type 2 : le dessin comme moyen d'expression** .....P. 17  
[Claude Sachon et Nathalie Masseboeuf, Journal Diabète Éducation vol 19 n° 2](#)

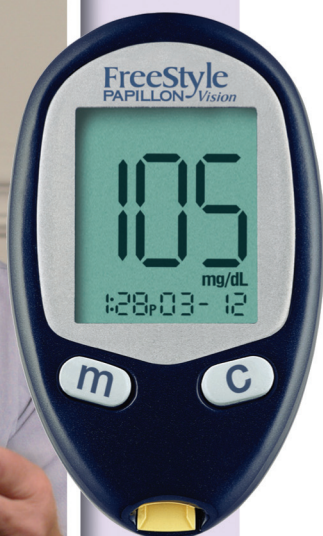
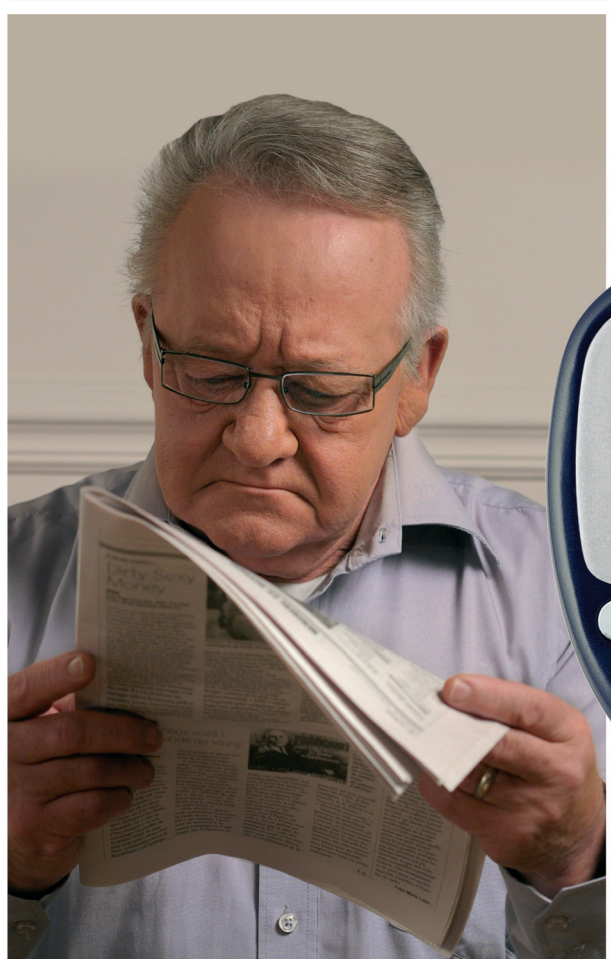


# Plus facile la Vie !

Sans  
calibration



## FreeStyle PAPILLON *Vision*



- Grand écran
- Grands chiffres

## Voir la vie en grand

Abbott Diabetes Care  
12 rue de la Couture  
BP 20235 - 94528 Rungis Cedex  
[www.abbott.fr](http://www.abbott.fr)

► N° Vert 0800 10 11 56

Appel gratuit depuis un poste fixe

Les lecteurs FreeStyle Papillon ne sont pas à utiliser en cas de dialyse péritonéale avec Extranéal®

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données personnelles vous concernant auprès d'Abbott Diabetes Care France.

 **Abbott**  
Diabetes Care



## Diabète Éducation de Langue Française

SECTION FRANCOPHONE DE DIABETES EDUCATION STUDY GROUP

Formations à l'Éducation du Patient proposées par le DELF  
Avec le soutien de la SFD (ALFEDIAM)

### 1. Formations thématiques :

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

#### • Diagnostic éducatif : jeudi 26 novembre 2009

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

#### **Objectifs intermédiaires :**

##### DIAGNOSTIC EDUCATIF

- ✓ Identifier les représentations sociales et les perceptions individuelles des patients
  - ✓ Synthétiser les éléments du diagnostic éducatif
  - ✓ Identifier les freins et les ressources du patient
- OBJECTIFS EDUCATIFS PARTAGES AVEC LE PATIENT
- ✓ Définir ce qu'est un objectif - objectif SMART
  - ✓ Identifier les objectifs prioritaires
  - ✓ Négocier des objectifs

#### • Le patient face à la maladie chronique : 8 janvier 2010

**Objectif général :** appliquer le modèle de la maladie chronique dans la prise en charge des patients

#### **Objectifs intermédiaires :**

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

#### • Entretien motivationnel : jeudi 22 janvier (puis vendredi 24 septembre 2010)

**Objectif général :** susciter la motivation à un changement de comportement. Repérer les facteurs déterminant la perception d'un problème de santé chez le patient.

#### **Objectifs intermédiaires :**

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

#### • Conduite d'un entretien : jeudi 11 et vendredi 12 mars 2010 (2 jours indissociables)

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

#### **Objectifs intermédiaires :**

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

#### • Typologie des comportements : jeudi 20 mai 2010

**Objectif général :** savoir adapter son action éducative aux différents types de profils comportementaux.

#### **Objectifs intermédiaires :**

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

#### • Modèles de changement de comportement : jeudi 3 juin 2010

**Objectif général :** intégrer les modèles de changement de comportement.

#### **Objectifs intermédiaires :**

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

#### • L'adulte apprenant : jeudi 10 juin 2010 et vendredi 11 juin 2010 (2 jours indissociables)

**Objectif général :** Acquérir les méthodes pédagogiques de base nécessaires à la démarche en éducation thérapeutique.

#### **Objectifs intermédiaires :**

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

### 2. Nouvelle Formation : « Pratiquer l'éducation thérapeutique » 3 modules de 2 jours indissociables et une journée de stage

| 1 <sup>ère</sup> Session          | 2 <sup>ème</sup> Session                       |
|-----------------------------------|------------------------------------------------|
| Lundi 11 et mardi 12 janvier 2010 | Jeudi 1 <sup>er</sup> et vendredi 2 avril 2010 |
| Lundi 15 et mardi 16 février 2010 | Jeudi 6 et vendredi 7 mai 2010                 |
| Lundi 29 et mardi 30 mars 2010    | Jeudi 17 et vendredi 18 juin 2010              |

**Objectif général :** permettre au participant de mettre en œuvre une démarche éducative avec les patients, en articulation avec les autres soignants de son service ou de son environnement professionnel.

- ✓ Les thématiques de chaque module seront donc abordées du point de vue de la relation avec le patient mais aussi du point de vue de l'organisation du travail au sein de l'équipe soignante.
  - **Module 1 :**  
Clarifier ses intentions éducatives  
Analyser la situation et le contexte
  - **Module 2 :**  
Convenir de priorités et d'objectifs  
Mettre en œuvre un plan d'action (partie 1)
  - **Module 3 :**  
Mettre en œuvre un plan d'action (partie 2)  
Évaluer, réajuster, relancer

Pour tout renseignement complémentaire :  
diabete-education.org (site)  
delf.sa@orange.fr (adresse courriel)



# TESTÉ POUR VOUS

DIABEO est un logiciel d'insulinothérapie fonctionnelle, téléchargeable dans un PDA-phone. Les paramètres « IF » du patient doivent être prescrits par le Diabétologue via son ordinateur, et télétransmis dans le PDA-phone du patient. Le patient inscrit alors avant chaque repas dans son PDA-phone, sa glycémie, le nombre de portions glucidiques qu'il compte manger. Le programme lui demande s'il compte faire de l'activité physique puis lui calcule sa dose d'insuline prandiale. Des conseils de modifications de ses paramètres prandiaux et de son insuline de base (analogue lent ou pompe) sont également fournis par le programme si les résultats ne sont pas dans les objectifs préfixés.

L'ensemble de ces données est automatiquement transmis, si le patient le désire, vers un site web protégé que les soignants autorisés peuvent consulter à tout moment. Ils peuvent ainsi suivre l'évolution du traitement de leur patient, et programmer des consultations téléphoniques à distance disposant de l'ensemble des informations nécessaires pour adapter le traitement.

## DIABETE TYPE 1 TELEMEDECINE DIABEO

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

INTERVIEW DU DR GUILLAUME CHARPENTIER

#### DIABÈTE DE TYPE 1 : LE SYSTÈME DE TÉLÉMÉDECINE DIABEO ACTUELLEMENT EN BÊTA TEST

PARIS, 22 septembre 2009 (APM) - Tous les patients diabétiques de type 1 et leurs médecins sont invités à participer au bêta test de Diabeo, un nouvel outil de télémédecine (cf dépêche APM FBMIM005), ont déclaré les investigateurs de l'étude lors d'une conférence de presse qui se tenait à Paris mardi, au siège de l'Association française des diabétiques.

Le bêta test, s'affiche comme une période de transition vers la commercialisation du logiciel et le passage en routine. Il fait suite à l'étude Télédiab1 qui a montré une efficacité du système Diabeo sur la qualité du contrôle glycémique.

Lancé le 11 décembre 2008, il devait s'achever le 11 décembre prochain mais il sera probablement prolongé le temps d'obtenir le financement nécessaire pour pérenniser cet outil.

"A ma connaissance, c'est la première étude de télémédecine qui donne lieu à une phase IV, alors même qu'on n'a pas les financements", a commenté le Pr Pierre-Yves Benhamou, du CHU de Grenoble, l'un des coordonnateurs.

Tous les patients inclus dans l'étude Télédiab1 et ayant souhaité continuer, soit environ les deux tiers des 180 patients, sont naturellement inclus dans le bêta test.

Pour ce bêta test, l'abonnement au logiciel est gratuit et à la charge de Voluntis, en revanche l'achat du PDAPhone et l'abonnement GPRS sont à la charge du patient.

Quant à la plateforme logistique, de formation et de réalisation des évolutions du logiciel ainsi que le service après vente, il est à la charge du Ceritd (Centre d'études et de recherche pour l'intensification du traitement du diabète).

#### DES QUESTIONS AVANT LE PASSAGE DANS LA VRAIE VIE

Après le bêta test, il reste à savoir comment un tel outil va pouvoir s'insérer dans le système de rémunération actuelle des soins.

"Pour l'instant ce sont les hôpitaux qui paient les consultations. On note la consultation de télémédecine comme une consultation classique. C'est pris en charge à 100%", explique le Dr Guillaume Charpentier, du CH Sud-Francilien (Corbeil Essonne), investigateur principal de Télédiab1.

Mais un tel système est plus difficilement applicable en ville à l'heure où aucun système de rémunération n'existe pour ce type de prestation. Or, il reste à déterminer quels seront les acteurs en charge du suivi des patients lors de l'entrée en routine du système.

Le Pr Benhamou a cité deux types d'intervenants potentiels: les médecins et les infirmières. Des "call centers" spécialisés pourraient être envisagés mais il estime, pour sa part, que cela n'est pas compatible avec une approche individualisée. Or, l'efficacité de Diabeo repose en grande partie selon lui sur la préservation de la relation médecin-patient.

"On pourrait imaginer créer des structures d'appels délivrés par des infirmières spécialisées en diabétologie et formées au système Diabeo si elles connaissent les patients", a estimé le Pr Benhamou. "Cela reste à débattre avec les pouvoirs publics, les syndicats d'infirmiers et de médecins et les associations de patients. Mais pour ma part, je pense que les infirmières ont tout-à-fait leur place dans cette prise en charge".

Quant aux diabétologues de ville, médecins généralistes ou même pharmaciens d'officine, aucun n'est écarté, bien au contraire. "Étant donnée la pénurie de diabétologues, on aura besoin des généralistes", a expliqué le Dr Charpentier à l'APM, même si, selon lui, le diabète de type 1 relève davantage d'une

consultation spécialisée, comparé au diabète de type 2. Mais la vraie question est de les mobiliser en l'absence de rémunération spécifique.

Le Pr Benhamou s'est néanmoins dit confiant sur le fait de trouver une solution avec les autorités de santé et a précisé qu'une consultation en face-à-face annuelle restait incontournable.

"Avec un patient bien équilibré, on pourra se contenter de la télémédecine et de consultation dont la fréquence restera à définir. Avec un patient mal équilibré on pourra ajouter à la télémédecine un suivi plus rapproché", estime-t-il.

#### LE FUTUR

Diabeo devrait évoluer dans un proche avenir. Une version améliorée du logiciel devrait permettre au patient de calculer plus facilement ses portions glucidiques en proposant des photos d'aliments sur lesquelles il suffira de cliquer pour avoir une idée de la correspondance glucidique.

Des alertes sont également à l'étude dans un essai baptisé Télédiab3, par exemple pour les cas où le patient ne noterait plus rien, ou la fréquence d'hypoglycémie augmenterait, ou le contrôle glycémique deviendrait instable.

"Le niveau d'alerte pourrait être modulable, pour être accru dans certaines situations comme une grossesse", a expliqué le Dr Charpentier à l'APM.

Par ailleurs, si pour l'instant c'est au patient d'insérer ses glycémies manuellement, un système "plug-in" de lecteur de glycémie existe déjà et pourra permettre à terme de transformer le téléphone portable en lecteur de glycémie.

Pour tout renseignement :  
diabeo.com 06 60 90 30 31

arg/fb/APM      rédaction@apmnews.com  
FBMIM006 22/09/2009 19:12 GMN



# diabète et pédagogie

## 1

### ET SI L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT NE MARCHAIT PAS ?

Gérard Reach

Service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques, Hôpital Avicenne APHP et EA 3412, CRNH-IdF, Université Paris 13, Bobigny, [gerard.reach@avc.aphp.fr](mailto:gerard.reach@avc.aphp.fr)

#### RÉSUMÉ

Le but de cette question provocante est de montrer qu'une évaluation de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est nécessaire, justement parce qu'il y a des raisons de penser que son succès n'est pas garanti. Ce texte montre pourquoi il est hasardeux d'utiliser comme seul critère d'évaluation l'HbA1c.

Mots-clés : Éducation Thérapeutique du Patient, Évaluation

#### What if patient education did not work ?

Summary: The aim of this provocative question is to show that evaluation of patient education is mandatory, because its success is far of being warranted. This paper shows why using HbA1c as a single evaluation criterion is hazardous.

Key-words: Patient Education, Evaluation

Nous partons de la définition classique des objectifs de l'Éducation Thérapeutique du Patient par l'O.M.S. : « Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. Elle comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. »

Dans le même texte, les experts de l'OMS ont défini ce qu'ils ont appelé des obstacles et des contraintes que pourrait rencontrer l'ETP : par « obstacles », on entend des difficultés qui doivent être surmontées pour atteindre les objectifs. Contrairement aux contraintes, les obstacles peuvent être supprimés, contournés, ou surmontés. Les « contraintes » sont en effet des facteurs fixes (sociaux, politiques, culturels, financiers, techniques) imposés par l'environnement sur un système donné, qui ne peuvent pas être supprimés et qui peuvent influencer la réalisation des objectifs.

Le but de cet article est 1) d'appliquer à la problématique de l'ETP l'idée qu'il y a loin de l'intention au succès ; 2) de montrer que l'ETP dans les maladies chroniques est susceptible de rencontrer de véritables contraintes, telles qu'elles viennent d'être définies ; 3) de préciser ce que l'on entend par évaluation.

#### 1. INTENTION ET SUCCÈS

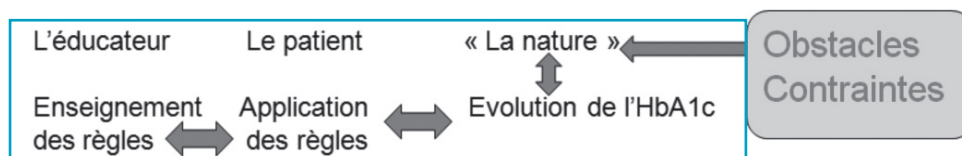
Israel Scheffler, dans son livre *Le Langage de l'éducation*, fait la remarque suivante : alors qu'il ne peut y avoir de vente (quelqu'un a vendu un savon) sans achat (quelqu'un a acheté le savon), il peut parfaitement y avoir eu enseignement (*teaching* : - quelqu'un a fait de l'ETP) sans qu'il y ait eu apprentissage (*learning* : - quelqu'un a appris quelque chose). De fait, le verbe enseigner est un « verbe d'intention », il n'est pas toujours un « verbe de succès », pour reprendre la distinction proposée par Gilbert Ryle.

Ainsi, Scheffler prend l'exemple de la chasse au lion pour illustrer le fait qu'une éducation réussie puisse ne pas conduire au succès. Voici ce qui a été enseigné : « vise le lion avec ton fusil chargé ; ensuite lorsqu'il est à portée de tir et que toutes les autres conditions sont réunies, appuie sur la détente. » Maintenant, « supposons que les connaissances du chasseur tout comme ses aptitudes soient excellentes, qu'il saisisse bien à quel point les conditions sont bonnes, et suive l'ensemble des règles évoquées, à la lettre. » Ne dirait-on pas qu'un processus efficace d'éducation a eu lieu ? Et pourtant, poursuit Scheffler, « il n'est pas sûr pour autant qu'un lion soit tué ; il se peut qu'il s'enfuit en bondissant au moment crucial. »

Nous sommes partis de cette remarque de Scheffler, car elle permet de comprendre la difficulté majeure de l'évaluation de l'ETP, qui apparaîtra dans la troisième partie de ce texte : la tendance à évaluer non pas l'intention mais le succès (dans le cas du diabète, par le niveau de l'HbA1c atteint à la suite d'une démarche éducative). Ceci amène à rappeler les limites de ce que nous faisons, de nos actions : on peut citer un des textes, *l'Agir*, consacrés par Donald Davidson à la philosophie de l'action : « Nous devons conclure, peut-être avec quelque surprise, que nos actions primitives – celles que nous n'accomplissons pas en faisant quelque chose d'autre, les simples mouvements du corps – sont les seules actions qui existent. Nous ne faisons jamais autre chose que mouvoir nos corps : c'est la nature qui se charge de faire le reste [...] J'essaie d'allumer la lumière en actionnant l'interrupteur, mais je ne fais qu'actionner l'interrupteur. »

Souvent, nous voyons des patients qui sont déçus par « leur HbA1c », qui n'est pas à la hauteur des efforts très réels qu'ils ont l'impression d'avoir fait, essayant en somme d'appliquer les données de l'ETP qu'ils ont reçues. Il est très important de leur rappeler, comme l'ont fait Howard Wolpert et Barbara Anderson, « qu'en dépit d'extraordinaires innovations technologiques, les outils actuels du traitement restent imparfaits, et que, par ailleurs la glycémie n'est pas sous le contrôle exclusif de leurs comportements ». Cette idée, exprimée par Davidson avec la formule : « c'est la nature qui se charge de faire le reste », est représentée sur la Figure 1.

Figure 1 : L'évolution de l'HbA1c ne dépend pas exclusivement des comportements des patients.



... suite page 5

Puis nous avons procédé par méthode

En d'autres termes, je peux lui avoir enseigné des règles d'adaptation des doses d'insuline dont le but final est d'améliorer l'HbA1c, et il peut les appliquer à bon escient (comme l'étudiant-chasseur qui a parfaitement assimilé les règles de la chasse au lion). Dans ces conditions, comment évaluer « l'éducation thérapeutique » : le seul regard sur l'HbA1c n'est-il pas en fait voué à l'échec ?

## 2. « C'EST LA NATURE QUI SE CHARGE DU RESTE » ?

### Obstacles et contraintes dans l'éducation thérapeutique du patient

La Figure 2 représente schématiquement les obstacles et les contraintes qui peuvent s'opposer à l'efficacité de l'ETP, ici dans le cas du traitement d'un patient diabétique.

Figure 2 : Obstacles à l'efficacité de l'ETP

On a représenté sur cette figure les différents états mentaux qui interviennent dans la réalisation d'une action, ici suivre ou ne pas suivre ce qui a été enseigné. À l'évidence, entre le processus éducationnel réalisé par l'Education Thérapeutique du Patient, et le résultat, ici l'évolution de l'HbA1c (si c'est là le critère d'évaluation qui est choisi, ce qui sera évidemment critiqué dans la troisième partie de ce texte), il faut compter avec de nombreux paramètres : d'abord, il n'est pas sûr que ce qui est enseigné soit réellement efficace pour faire baisser l'HbA1c de ce patient là (rappelons-nous

que le caractère bénéfique d'une recommandation, qui aurait été prouvé dans une « grande étude », peut n'avoir qu'une valeur statistique) ; ensuite, pour de multiples raisons, représentées sur la Figure 2, le patient peut avoir parfaitement compris et retenu ce qui lui aura été enseigné, mais peut ne pas avoir l'intention de l'appliquer, ou bien il peut ne pas avoir les ressources nécessaires.

On a ainsi mis en exergue sur cette figure quatre obstacles, qui pourraient bien s'avérer être parfois de véritables « contraintes » : 1) par exemple, le patient, ayant un locus de contrôle donnant la suprématie à la chance, peut croire que tout ceci ne sert à rien parce que ce qui lui arrivera « est écrit » ; un des buts de l'ETP est d'ailleurs d'amener le patient à développer son sentiment d'efficacité personnelle, et d'acquérir un « locus de contrôle interne ». 2) Sous l'effet d'un événement, par exemple une hypoglycémie sévère, la peur qu'il aura ressentie l'aura conduit à réviser sa conduite à tenir face à une glycémie élevée ; 3) le patient peut être d'un naturel impatient et ne pas donner la priorité aux recommandations qui lui sont données dans le cadre de l'ETP, dont l'objectif est par nature marqué par un caractère à long terme. Il pourrait bien s'agir ici d'une véritable contrainte, peut-être la plus importante, que rencontre l'Education Thérapeutique du Patient dans les maladies chroniques. 4) Enfin, du fait d'un état de précarité, le patient peut ne pas avoir les ressources nécessaires, ou bien, dans le cadre de l'obstacle évoqué précédemment, il peut ne pas donner la priorité à sa santé.

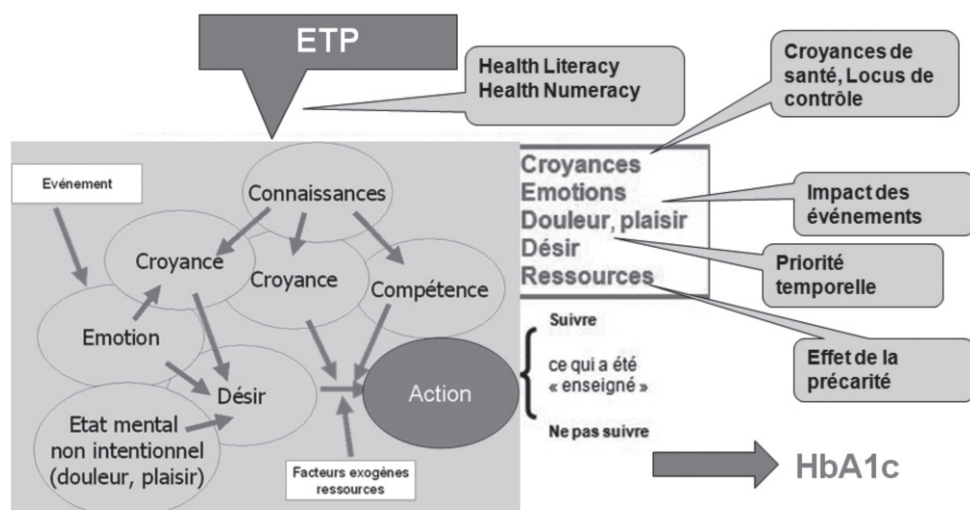
Un dernier obstacle ne doit pas être sous-estimé : est-on bien sûr que le patient a compris le message éducationnel ? Il faut rappeler que même lorsqu'ils parlent le même langage que le patient, les soignants utilisent souvent un jargon qui peut ne pas être compréhensible pour le patient et des concepts qui dépassent ses possibilités de compréhension, ce phénomène étant exacerbé en cas d'un déficit de ce que les auteurs anglo-saxons appellent « health literacy » et « health numeracy » : la capacité à comprendre les concepts ayant trait à la santé, et notamment ceux qui font appel à des chiffres (ils sont nombreux dans le cas du traitement du diabète).

## 3. « ET SI L'EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT NE MARCHAIT PAS » : que peut-on évaluer ?

Il faut donc admettre que le succès de l'ETP est loin d'être garanti, et qu'elle pourrait bien « ne pas marcher ». Mais la véritable question n'est-elle pas ce que l'on entend par « marcher » ? Il apparaît au terme de ce qui précède que se contenter d'évaluer un impact de l'ETP sur le niveau d'HbA1c représente une vision courte de ce que doit être l'évaluation de l'ETP, ne pouvant que conduire à des désillusions et ne pas montrer l'apport réel de cette « partie intégrante des soins », comme dirait l'O.M.S. Et pourtant, il semble que les évaluateurs ne puissent s'empêcher de tomber dans ce piège, comme en témoigne une méta-analyse récente, toute entière construite autour de ce paramètre. Peut-être cette véritable obsession est-elle liée à leur vision de l'objectif de la prise en charge du diabète, essentiellement forgée par les études DCCT et UKPDS – améliorer l'HbA1c pour éviter les complications lointaines – alors que les patients ont des objectifs bien plus proches de leur vie quotidienne.

Mais alors, comment évaluer l'ETP ? Reprenons la définition des objectifs de l'ETP par l'O.M.S. On pourrait proposer d'évaluer les résultats de l'ETP sur ces objectifs eux-mêmes : « Le patient a-t-il acquis un savoir-faire lui permettant d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie ? Lui et sa famille collaborent-ils mieux avec les soignants ? »

Figure 2 : Obstacles à l'efficacité de l'ETP



... suite page 6

Cependant, bien qu'on comprenne intuitivement ce qu'ils signifient, comment évaluer des objectifs aussi généraux ?

Ou bien faut-il évaluer ce que fait vraiment le patient, sans tenir compte du résultat, qui, on l'a vu, ne dépend pas entièrement de lui ? Mais ceci ne reviendrait-il pas à évaluer non seulement l'ETP elle-même, mais aussi (et peut-être surtout) l'observance du patient aux recommandations qui en font partie ?

Faut-il alors utiliser des critères davantage définis ? 1) Sa santé est-elle meilleure ? Par exemple, on pourrait ne pas se contenter de l'HbA1c, dont on a vu les limites, mais évaluer aussi la fréquence des épisodes hypoglycémiques et d'acido-cétose. Faut-il aller jusqu'à une évaluation en terme de morbi-mortalité, comme on le fait pour l'évaluation d'autres interventions thérapeutiques ? 2) Sa qualité de vie est-elle améliorée ? Passe-t-il moins de jours à l'hôpital ? 3) A-t-on *in fine*, grâce à l'ETP, diminué les dépenses de santé ?

## CONCLUSION

« Faites de votre mieux pour enseigner votre matière et évaluer vos élèves et lorsque vous aurez fait cela, relaxez vous et ayez la conscience tranquille. » Car de toute façon, l'éducation thérapeutique est nécessaire : d'abord, il est dangereux de soigner sans informer, ensuite, les patients demandent de l'information : l'Education Thérapeutique du Patient est donc une exigence éthique, même si il s'avérait qu'elle ne « marche » pas !

### Références

OMS, Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient, programme de formation continue par des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, Copenhague. Version française UCL Bruxelles, 1998, p. 84.

Ibid, pp. 69,73.

Scheffler I, Le langage de l'éducation, Klincksieck, Collection Philosophie de l'éducation, 2003, pp. 66-72.

Ryle G, les termes de succès, In: La notion d'esprit, Payot, 2005, pp. 250-256

Scheffler I, op. cit., p. 101.

Davidson D, L'agir, In: Actions et événements, Préface et Traduction de Pascal Engel, PUF, 1993, pp. 89-90.

Wolpert HA, Anderson BJ. Metabolic control matters: Why is the message lost in the translation? The need for realistic goal-setting in diabetes care. *Diabetes Care* 2001, 24 : 1301-3.

Reach G, Pourquoi se soigne-t-on, enquête sur la rationalité morale de l'observance, Préface de Pascal Engel, Le Bord de l'Eau, 2007.

Reach G, Obstacles to patient education in chronic diseases : a transtheoretical analysis, *Patient education and Counseling*, 2009, PMID: 19505787.

Reach G, Linguistic barriers in diabetes care. *Diabetologia* 2009; PMID: 19526213.

Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Mühlhauser I, Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: a methodological review. *Diabetologia*, 2007;50:1375-83.

Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R, Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD005268.

Puder JJ, Endress J, Moriconi N, Keller U. How patients with insulin-treated type 1 and type 2 diabetes view their own and their physician's treatment goals. *Swiss Med Wkly* 2006;136:574-80.

Sämann A, Mühlhauser I, Bender R, Hunger-Dathe W, Kloos C, Müller UA. Flexible intensive insulin therapy in adults with type 1 diabetes and high risk for severe hypoglycemia and diabetic ketoacidosis. *Diabetes Care*, 2006;29:2196-9.

Scheffler I, op.cit., pp. 71.

# diabète et pédagogie

## 2

### REVOIR L'ÉVALUATION EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS : ÉVALUER QUOI, POURQUOI ET COMMENT ?

Article Deccache Evaluation DELF 2009.doc

Alain DECCACHE, professeur, Université catholique de Louvain, Faculté de Médecine, Unité éducation santé patient (UCL RESO), Bruxelles.

**L**a définition la plus largement acceptée de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est « ensemble d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage d'autosoin(s) et d'accompagnement psychosocial, concernant la maladie, le traitement, les soins, l'hôpital et les autres lieux de soins, l'organisation et les comportements en lien avec la santé et la maladie... (2). Bien qu'il existe en fait plusieurs définitions (1), celle-ci implique un ensemble de pratiques qui doivent « tenir compte des processus d'adaptation du patient à sa maladie (coping, lieu de maîtrise de la santé ou locus of control, croyances et représentations liées à la

santé), des besoins subjectifs et objectifs des patients, latents ou exprimés » (2).

L'ETP est une réponse, sociopsychoséducatrice, aux besoins des patients pour vivre avec leur maladie. Et cette réponse est élaborée à partir d'une certaine explication professionnelle et scientifique (un modèle, un référentiel) de la manière dont les patients agissent, se soignent et vivent avec une maladie. Si l'on envisage l'éducation telle que décrite ci-dessus, c'est parce qu'on s'explique les comportements de santé des patients comme résultant de facteurs divers, sociaux (statut, revenu, lieu de vie,...), psychologiques (personnalité, craintes

existentielles, sentiment de pouvoir sur la vie, stade d'acceptation de la maladie...), culturelles (culture de référence, religion, habitudes et éducation familiales,...), sanitaires (histoire et état de santé, diagnostic, pronostic,...), cognitifs (savoirs en santé et maladie, capacités et savoir-faire, métacognitifs (ce que l'on sait sur ce que l'on sait), et psychosociaux (croyances, sentiments, représentations de la santé, de la maladie, de la vie, de son rôle de malade, expérience, vécu et ressentis,...)(3, 4, 5)

Cette modélisation provient du modèle biopsychosocial de la santé (ou modèle global), inspiré de la définition largement



... suite page 7

acceptée de la santé que l'OMS a promue : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie » (6), et du concept de « personne malade en bonne santé » (7) qui découle de la précédente lorsqu'on l'applique à la maladie chronique : une personne porteuse d'un diagnostic de maladie chronique peut être considérée en bonne santé, si elle est dans un état de bien-être physique, mental et social. La maladie chronique ne pouvant être guérie, on exclut ici la logique de la médecine aigüe, et on vise la meilleure vie possible avec la maladie, associant le biologique, le mental et le social (8).

Depuis 1958, de nombreuses recherches sociopsychopédagogiques ont permis des modélisations successives des comportements des patients, permettant de mieux comprendre comment ils réagissent et agissent face à la maladie (3, 5, 9, 10, 11, 12, 13). Ces modèles ont été à maintes reprises confrontés à la réalité et ont montré leur validité et aussi leurs limites, tout comme l'ont fait les modèles issus des sciences de l'éducation, de la communication sociale, de la psychologie de la santé, ou de la biomédecine. Il en ressort que l'approche la plus interdisciplinaire, dont les positions de l'OMS (2) sont le reflet, offre le plus de

proximité avec la réalité des patients et des soignants, tant pour comprendre que pour agir sur les modes de vie, d'adaptation, et sur les comportements d'autosoins.

Si l'ETP est bien un champ de pratiques qui associe la clinique, la santé, la psychologie, la pédagogie et d'autres sciences, alors l'évaluation de l'ETP doit aussi être conçue à partir des diverses conceptions que ces disciplines ont de l'évaluation, et non s'enfermer dans des modèles strictement médicaux. Par exemple, l'ETP est assimilée à une « intervention humaine complexe dans le champ de la médecine » (14), et en tant que telle, elle devrait obéir aux règles qui président à ce type d'évaluation, et qui s'éloignent des modèles d'évaluation médicale classiques (Essais randomisés contrôlés, dispositif en simple ou double aveugle, contrôle des biais, etc.) (14).

## QUELLE ÉVALUATION ?

Dans le champ de la santé, l'évaluation est encore souvent perçue sous ses aspects les plus limités : évaluation d'efficacité (les objectifs ont-ils été atteints ?), de coûts-bénéfices (les bénéfices dépassent-ils les coûts ?), ou encore d'efficacité (A-t-on les meilleurs résultats au regard des moyens affectés ?) ... Or l'évaluation implique bien

plus que cela : « Evaluer, c'est recueillir des informations, à comparer avec des normes, en vue de prendre une décision » (9). Cela ouvre à l'évaluation des processus et des pratiques, l'évaluation des effets, celle des besoins, celle des pratiques éducatives, et au concept « d'évaluation de la qualité ».

Si l'évaluation d'efficacité est légitime, on sait aussi que l'ETP dépend d'une part de la définition de pratiques recommandables (on parle même d'evidence based patient education), et d'autre part des pratiques effectives, sur le terrain, que les soignants réalisent dans leurs contextes et avec leurs ressources et leurs contraintes. On n'a pas fini de déterminer comment faire de l'ETP, ni de voir comment implanter les pratiques souhaitées dans des institutions de soins, hôpital, cabinet de ville, soins ambulatoires,..., et pour cela un besoin d'évaluations de processus (que fait-on, et comment le fait-on ?), de qualité (que produit la façon dont on fait de l'ETP ?), et de besoins (quelle est l'étendue des besoins, souhaits, désirs, ressources, problèmes auxquels le patient et le soignant sont respectivement confrontés ?).

### 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

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| AMAURY Brigitte       | LEMAIRE Christine      |
| BRESSON Régis         | LE TAILLEC Claire      |
| CHABOT Elisabeth      | MALGRANGE Dominique    |
| COLAS Claude          | PENFORNIS Alfred       |
| DEBATY Isabelle       | POPELIER Marc          |
| FRANC Sylvia          | REACH Gérard           |
| GILET Catherine       | ROMAND Dorothée        |
| GRUMBACH Marie Louise | SERET BEGUE Dominique  |
| HOCHBERG Ghislaine    | Représentant ALFEDIAM  |
| JOURDAN Nathalie      | CAHEN VARSAUX Juliette |
| LAGARDE Fabrice       | HERDT Catherine        |
| LEGUERRIER Anne Marie |                        |

### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

**Serge Halimi**, Diabétologie CHU de Grenoble, 38700 La Tronche  
Tél. 04 76 76 58 36

### DIRECTEUR DE RÉDACTION :

**Guillaume Charpentier**, Hôpital Gilles-de-Corbeilles, 59 bd H.D., unant, 91100 Corbeil  
Tél 01 60 90 30 86

### RÉDACTEUR EN CHEF :

**Monique Martinez**, CH de Gonesse, 25 rue Pierre de Theilley, BP 71, 95503 Gonesse  
Tél 01 34 53 27 53

### COMITÉ DE RÉDACTION :

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

**Cécile Fournier** (Paris) • **Hélen Mosnier-Pudar** (Paris)

**Julie Pélicand** (Bruxelles) • **Dorothée Romand** (Paris)

**Julien Samuel Lajeunesse** (Paris) • **Martine Tramoni** (Neuilly s/Seine)

... suite page 8

L'évaluation économique pose quant à elle un autre problème. Pour certains l'ETP est un outil au service de la maîtrise des coûts des soins ; ce postulat n'est pas toujours démontré car si l'on réduit certaines complications et certaines rechutes, on les éloigne aussi et on les reporte. Le patient en bénéficie, mais les coûts sont là. Pour d'autres la finalité est d'assurer l'efficacité de la prise en charge de la maladie, en allant au bout de l'équation « diagnostic précis, prescription adéquate, et... suivi du traitement ». ET pour d'autres encore, la finalité est de permettre de vivre au mieux avec sa maladie et ses projets de vie, avec des choix de santé adéquats et pertinents.

## QUELS OBJETS D'ÉVALUATION ? QUOI ÉVALUER ?

On peut simplifier les objets d'évaluation en les regroupant en trois catégories.

D'abord, les objets liés à la santé et la maladie, où l'évaluation consiste à vérifier ce qui change au niveau des paramètres et indicateurs de santé et de maladie, subjectifs ou objectifs (ce que le patient ressent et ce que le soignant mesure), physiques, mentaux ou sociaux (effets biologiques, psychologiques ou sociaux), ou encore la qualité de vie, conçue comme un révélateur partiel de l'état de santé ou des influences de l'état de santé, elle aussi subjective ou objectivée (échelles dites validées).

Ensuite on peut s'intéresser au « cœur » de l'ETP, les comportements du patient, observance ou adhésion aux traitements, adaptation à la maladie (coping) ou ajustements de la maladie et de la vie, comportements sociaux (socialisation, activité professionnelle ou autre), comportements de santé en général, voire mode de vie lié à la santé (le selfcare)...

Enfin, l'ETP agissant d'abord sur des savoirs, des capacités, des compétences, et des caractéristiques psychosociales, on peut s'intéresser à ce qui change à ces niveaux : connaissances, savoir faire, capacité de mise en action au quotidien, réflexivité, sentiment de pouvoir et d'efficacité personnelle, sens de la maladie et des comportements de soins et de santé, représentations, perceptions d'utilité, de faisabilité des traitements recommandés ou prescrits...

On peut aussi s'attacher à évaluer l'organisation des soins et de l'éducation : pertinence par rapport aux objectifs thérapeutiques, cohérence entre pratiques soignantes et éducatives, adéquation du modèle de soins, curatif ou préventif, aigu ou chronique, mobilisation des compétences soignantes, etc

On le voit, l'éventail est bien plus large que ce qui apparaît dans les pratiques actuelles d'évaluation, qui se limitent parfois à une seule catégorie d'objets, principalement biomédicaux et cliniques. Ils se limitent parfois à certains objets, pas toujours en rapport avec les pratiques éducatives, mais motivées par la disponibilité des indicateurs (il est plus facile d'étudier les effets de l'ETP sur des marqueurs biologiques ou physiologiques, disponibles dans les dossiers des patients que de créer, construire, des nouveaux indicateurs de savoirs, de compétences, d'aspects psychosociaux...) (15).

Enfin, en matière d'éducation, on n'est jamais sûr des effets que l'on produit : effets inattendus parfois, qui méritent que l'on pose la question : quelque chose a-t-il changé ? et quoi ? et non seulement « est-ce que les effets attendus sont observés ? ». Par exemple, il est arrivé souvent que des patients n'aient pas modifié leurs comportements thérapeutiques après participation à des activités éducatives.. mais qu'ils aient développé leur curiosité, leur envie d'en savoir plus sur leur maladie et leur santé, ou encore d'être plus attentifs à expérimenter et observer les effets de leurs comportements, « bons ou mauvais »...

## OBJECTIVER OU SUBJECTIVER ?

Par ailleurs, l'exigence d'objectivité dominante dans les disciplines de santé fait oublier parfois la subjectivité inhérente à plusieurs facteurs, objectifs éducatifs et processus en jeu dans l'ETP. Du plus large au plus spécifique, tant la qualité de vie que les processus d'adaptation que les représentations ou les perceptions et sentiments sont des éléments subjectifs dont l'évaluation n'a de sens que si elle s'inscrit dans le ressenti et l'expression par les patients. Les objectiver revient souvent à les ramener à la partie commune à tous les patients, en perdant du coup leur spécificité. Plus encore, la « norme de référence », ou de compa-

raison, présente dans toute évaluation, peut être ici objective (norme scientifique) ou subjective (état antérieur du patient). En médecine, notamment dans la prise en charge de la douleur, on l'a bien compris ; et pourtant en ETP on croit pouvoir éviter le subjectif au seul profit de ce qui est objectif, ou mesurable.

Un autre problème posé par l'évaluation en ETP est le choix à faire entre évaluation individuelle (clinique, à usage d'accompagnement d'un patient) et collective (sur échantillons, à usage de constat). Selon que l'évaluation vise à servir la pratique ou qu'elle doive permettre un état de la situation, on favorise une évaluation personnalisée ou une évaluation de groupe, où les résultats s'expriment en termes de tendance centrale (moyenne, médiane,...) et de dispersion (écart-type, intervalles de confiance, ...).

Or, si l'on choisit de faire de l'évaluation un outil au service de l'action, c'est l'approche individuelle clinique qui doit s'imposer. Et il est plus facile, au prix d'une partie de la validité, d'utiliser des données issues d'évaluations individuelles pour les regrouper et les traiter ensemble, en groupe de patients, après coup.

Le choix ici est celui du « sens », c'est-à-dire de l'utilité et de la pertinence des informations que l'on recueille : à quoi sert une donnée si elle n'a pas de sens clinique pour le soignant et le patient ? Dans certains cas même il peut être nécessaire de ne conserver que ce qui a du sens clinique : par exemple, plutôt que d'observer les écarts entre deux mesures d'HbA1c, on peut simplement, en tant que soignant, décider (avec le patient) si son état s'est amélioré ou détérioré (ou stabilisé). On peut aussi poser comme « norme de comparaison » non plus la norme médicale, identique pour tous, mais une norme arbitraire, décidée avec le patient, et que l'on souhaite atteindre. C'est une manière pertinente de travailler dans une logique de réussite et non d'échec (si l'objectif n'est pas réaliste et atteignable, alors le patient sera toujours dans l'échec... démotivant).



... suite page 9

## EVALUATION FORMATIVE

Enfin, l'évaluation peut être conçue comme un outil d'éducation ! elle peut être intégrée aux soins et à l'ETP et devenir partie de l'apprentissage. Aider un patient à s'évaluer lui-même est éducatif, et utiliser les données d'évaluation pour aider un patient à poser des objectifs, à mesurer le chemin parcouru, à prendre conscience d'un phénomène, d'une représentation ou d'une attitude est également éducatif. La question est de savoir à qui doit servir l'évaluation : aux décideurs et gestionnaires ou aussi aux acteurs des soins, patients et soignants ?

Lorsqu'un patient se met à mesurer sa glycémie, ou à noter ses symptômes, pour son propre usage, alors l'évaluation devient réellement utile, parce qu'elle aura servi aux deux partenaires de soins. On sort de l'évaluation-contrôle pour entrer dans l'évaluation formative. « Le but de l'évaluation est d'améliorer, pas de prouver. » (A. Cronbach).

Mieux encore, l'auto-évaluation permet parfois de rendre concrets, visibles pour le patient, des phénomènes abstraits, surtout dans la maladie chronique où l'essentiel est invisible (la maladie silencieuse) : le peak-flow en pneumologie, les tests de glycémie en diabétologie en sont les exemples les plus connus.

Le sujet est vaste et les perspectives pratiques nombreuses. Il n'y a pas de choix unique, mais une pertinence et une cohérence à rechercher en permanence, pour éviter le « non-sens ». Toutes deux posent des questions qu'il est indispensable de se poser

préablement à la mise en route d'une démarche d'évaluation de l'ETP.

Qui veut évaluer ?

qui demande une évaluation ?

Pour quoi faire ? (quel usage ?)

Evaluer quoi ? (quels objets ?)

Qui évalue ?

Comment, quand et avec quoi ?

Quelles informations ou données faut-il ?

Comment va-t-on traiter ces données ? (individuel ou collectif)

Qui va utiliser les données ?

A qui faut-il les communiquer ? (lisibilité)

Deux publications explorent plus en profondeur les enjeux, les méthodes et les pistes concrètes pour l'évaluation, en accord avec l'acceptation défendue ici, et avec les recommandations de l'OMS. (Deccache A. Evaluer l'éducation du patient : des modèles différents pour des pratiques différentes, actes de la journée de l'IPCEM, PARIS, 2004, pp 3-9, et Ivernois JF et Gagnayre R. Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient, ADSP, n° 58, mars 2007, 57-61).

### Note :

les documents cités ci-dessus peuvent être obtenus par courrier électronique à yvette.gossiaux@uclouvain.be, avec mention de l'article (Deccache - Evaluation - DELF 2009)

### Références bibliographiques :

- 1) Deccache et Lavendhomme. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes, de Boeck Université, Coll. Savoirs et santé, 1989, 238 p.
- 2) WHO working group. Therapeutic patient education. WHO Europe reports, EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev.1, Copenhagen, 1998 (une version française existe)
- 3) Deccache A. la compliance aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale, thèse non publiée, Univ catholique de Louvain, 1994, 404p.
- 4) Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences sociales et santé, vol IX, 1, mars 91, 67-94
- 5) Deccache A. Aider le patient à apprendre sa santé et sa maladie : ce que nous apprennent l'évolution de l'éducation thérapeutique et ses développements psychosociaux., Médecine et Hygiène, 2484, 26 mai 2994, 1168-1172
- 6) OMS, Déclaration d'Alma Ata, 1946
- 7) Kickbush I (Ed), Health promotion and chronic illness, Ed WHO regional publications, N° 44, OMS Europe, Copenhagen, 1992,
- 8) Assal JP, Lacroix A. L'éducation thérapeutique des patients. Ed. MALOINE, Paris, 2003, 240 p.
- 9) Cameron C. Patient compliance : recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. Journal of advanced nursing, 24, 1996, 244-250
- 10) Becker M. Sociobehavioral determinants of compliance with health ad medical care recommendations, Medical care, Vol XIII, 1, Jan. 1975, 10-24
- 11) Rosenstock I. Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens, Diabetes care, Vol 8, 6, Nov-Dec 1985, 610-616
- 12) Francis V, Korsch B, Morris M. Gaps in doctor patient-communication : patient's response to medical advice. New England journal of medicine, 1969, 280, 335
- 13) Ankri J, Le Disert D, Henrard JC. Comportements individuels face aux médicaments. Santé publique, 7e année, 4, 1995, 427-441
- 14) Campbell N, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F. Designing and evaluating complex interventions to improve health care, BMJ, 334, 455-459
- 15) Berrewaerts J, Libion F, Deccache A, in Deccache A. Evaluer l'éducation du patient: des modèles différents pour des pratiques différentes, Actes de la journée de l'IPCEM, Paris, 2004, 3-9



# de la théorie à la pratique

## EDUCATION THÉRAPEUTIQUE : DE L'HUMANISME À L'EFFICACITÉ

Zoltan Pataky, Grégoire Lagger, Alain Golay

Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Centre collaborateur de l'OMS, Département de médecine communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève

Adresse pour correspondance :

Prof Alain Golay - Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques - Hôpitaux Universitaires de Genève - Gabrielle-Perret-Gentil 4 1211 Genève 14 - Tél. +41 22 37 29 70 - Fax : +41 22 37 29 715 - E-mail : [alain.golay@hcuge.ch](mailto:alain.golay@hcuge.ch)

Dr Zoltan Pataky - E-mail : [zoltan.pataky@hcuge.ch](mailto:zoltan.pataky@hcuge.ch)

Gregoire Lagger, PhD - E-mail : [gregoire.lagger@hcuge.ch](mailto:gregoire.lagger@hcuge.ch)

### 1. INTRODUCTION

L'idéologie de l'éducation thérapeutique vient du courant humaniste où l'humain est au centre des préoccupations psychosociologiques. La valeur la plus grande qui sous-tend ce courant philosophique est bien entendu l'être humain et son bien être.

Le projet de société proposé par l'éducation thérapeutique est « l'émancipation » et l'autonomie du patient.

Aujourd'hui, la modernisation a pris le pas sur l'humanisme, et la technologie, il est vrai sous-tend les plus grands services en médecine. Les progrès sont immenses et les performances technologiques sont l'apanage d'une médecine fabuleuse (Fig. 1).

Cependant, le patient, l'individu aujourd'hui est le grand oublié. Son droit de décision quant à son traitement est devenu inexistant ; seulement au final, c'est quand même lui qui vit avec la maladie et qui décide de prendre ou non son traitement.

La finalité de l'éducation thérapeutique est avant tout de permettre à la personne de vivre au mieux avec sa maladie. Avec un peu de compréhension de sa maladie et de son traitement, le patient va déjà être plus autonome et ainsi adhèrera mieux à son traitement. En s'appropriant mieux sa maladie, il cherchera à lui faire une place acceptable dans sa vie quotidienne. La maladie devrait péjorer le moins possible l'identité du patient, elle devrait même au contraire lui permettre de continuer à se

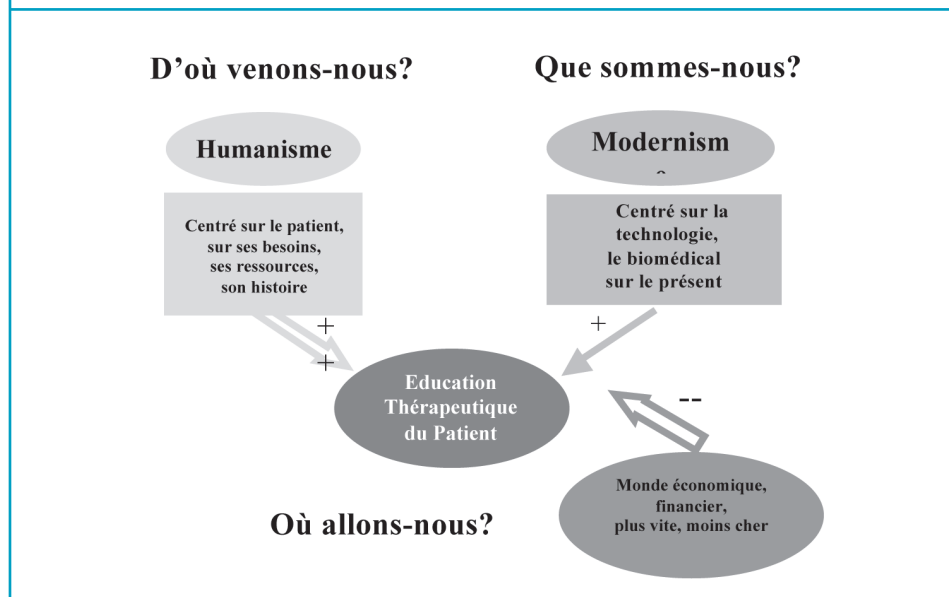
développer. Même les approches d'éducation thérapeutique incluant l'empowerment permettent au patient de grandir, d'évoluer positivement grâce à la maladie.

Malheureusement, notre société aujourd'hui est frappée de plein fouet par la logique implacable du monde financier, par « l'économie ». Les coûts médicaux explosent, et « il faut faire plus, plus vite et moins cher ». Le grand perdant dans cette « logique économique » est de nouveau le patient, voire aussi le soignant. Parler au patient, voire même mieux, l'écouter prend « trop » de temps aux goûts des administrateurs des hôpitaux. Le patient doit quitter le plus rapidement possible l'hôpital, car il ne « rapporte » plus s'il reste trop longtemps ! En plus, il ne rapporte pas assez s'il reste trop longtemps à la consultation ambulatoire ! Et l'éducation thérapeutique dans cette confrontation politico-économique, où se trouve-t-elle ? Est-ce qu'elle coûte si cher ? Est-elle efficace ? Est-elle rentable ?

Avant de répondre à ces questions qui deviennent d'actualité, il est opportun de rappeler que le but, l'idéologie, la finalité de l'éducation thérapeutique est le bien être de l'humain et son autonomie.

Les maladies chroniques sont les principales causes de consultations médicales et participent à 70% de tous les coûts de santé.<sup>1</sup> Selon les estimations de l'organisation mondiale de la santé, plus de 80% de toutes les consultations médicales concernent les maladies chroniques. (2)

Figure 1 : L'éducation thérapeutique : un humanisme post moderne



... suite page 11

Dans les dernières décennies, des efforts importants ont été faits en termes de nouvelles méthodes diagnostiques et nouvelles approches thérapeutiques. La plupart d'entre elles sont valables dans des situations aiguës. La gestion de la maladie chronique a été également améliorée par de nouvelles technologies, médicaments ou procédures novatrices. Cependant, la spécificité de la médecine chronique est étroitement liée avec le patient en tant qu'individu, qui doit vivre avec sa maladie et pendant tout le reste de sa vie. Le patient chroniquement malade doit être activement impliqué dans le suivi de sa maladie.

Les réponses que peuvent proposer les soignants consistent en un accompagnement visant à améliorer la santé par une approche bio-psycho-sociale, de ces personnes malades.(3) Dans ce sens, l'éducation thérapeutique consiste à permettre au patient d'apprendre nombre de connaissances et compétences, adapter certains comportements, ceci pouvant l'aider à améliorer certains indicateurs de santé, sa qualité de vie, et diminuer d'éventuelles complications médicales.(4)

#### QUELS SONT LES RÉSULTATS OBTENUS EN PRATIQUE CLINIQUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ?

Pour y répondre, nous nous sommes posé trois questions méthodologiques avant de tirer nos conclusions. 1. En quoi consiste l'éducation thérapeutique pour les différents auteurs, quels en sont les ingrédients, pour eux ? 2. Quels sont les critères qui permettent d'en évaluer l'efficacité ? 3. Et qu'elle est son efficacité

## 2. MÉTHODOLOGIE

L'abondante littérature médicale concernant des études cliniques d'éducation thérapeutique (plus de 50 000 articles référencés sur MedLine à ce jour) nous oblige à opérer des choix quant à leur analyse. Nous avons choisi de spécifier les principales maladies chroniques pour lesquelles l'éducation thérapeutique du patient est reconnue et pratiquée couramment aujourd'hui. La base de données MedLine (PubMed) a été interrogée entre septembre 2007 et juin 2008, avec les mots-clés suivants : « patient education », « efficacy », et par maladies « diabetes », « asthma », etc. De plus, notre analyse s'est restreinte aux méta-analyses. Pour chaque type de pathologies, une analyse des méta-

Table 1 : Principales maladies chroniques et articles de synthèses analysés (réf. 9-42)

| Maladies     | Type et nombre d'articles analysés     | Nombre d'études | Nombre de Patients |
|--------------|----------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Diabète      | 8 méta-analyses                        | 60              | 12 000             |
| Asthme       | 3 méta-analyses, 1 évaluation critique | 30              | 4 000              |
| BPCO         | 4 méta-analyses, 4 revues              | 80              | 5 000              |
| Hypertension | 3 méta-analyses                        | 100             | 8 000              |
| Cardiologie  | 3 méta-analyses, 1 revue               | 63              | 8 000              |
| Obésité      | 1 méta-analyse, 1 revue                | 30              | 1 000              |
| Rhumatologie | 1 méta-analyse                         | 17              | 4 000              |
| Oncologie    | 4 méta-analyses                        | 177             | 12 000             |
| TOTAL        | 34 articles                            | 557 études      | ~ 54 000 patients  |

analyses référencées a été conduite. Elles sont au total de 34 et reflètent 557 études concernant environ 54 000 patients (Tab. 1).

## 2. MÉTHODOLOGIE

### Description de l'éducation thérapeutique

Les méta-analyses et articles de synthèse ont été analysés dans leur capacité à rendre compte du contenu des interventions éducatives réalisées par les auteurs des études originales. Les critères pour la qualité de description sont les suivants : le type d'intervention et le modèle pédagogique utilisé, le contenu des cours et ateliers, leur forme (en individuel ou en groupe), la durée et la fréquence de ces interventions éducatives, la profession des intervenants.

Des indicateurs pour la qualité de description des interventions éducatives en ont été déduits, allant de la note 1 (correspondant à l'absence de description quelconque) à la note 4 (présence d'une description détaillée permettant de reproduire à l'identique l'intervention éducative pratiquée). Ces critères, ainsi que le classement des descriptions fournies par les études, telles que relatées dans les méta-analyses, sont présentées dans le [tableau 2](#).

Il ressort très nettement qu'une très faible proportion des analyses d'études rend compte de la méthodologie de l'éducation thérapeutique mise en place (4%). Le plus

souvent, une simple dénomination des cours réalisés est indiquée, par exemple « un ensemble de 6 séquences didactiques à raison d'une intervention par semaine a été réalisée, par une infirmière, à l'Hôpital, concernant le diabète ». Les premiers résultats montrent que seulement 27 % des études prônant l'efficacité de l'éducation thérapeutique décrivent correctement la méthodologie.

Table 2 : Indices de la qualité de description des interventions éducatives dans les principales maladies chroniques et articles de synthèses analysés

|                                                                                                        | Nombre d'études (%) |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|
| Aucune description des interventions éducatives                                                        | 70                  | 22 |
| Les interventions éducatives sont uniquement énoncées                                                  | 161                 | 51 |
| Informations succinctes sur le type, la durée, la fréquence et le contenu des interventions éducatives | 74                  | 23 |
| Description détaillée, permettant de reproduire les interventions éducatives                           | 14                  | 4  |

... suite page 12

### Efficacité de l'éducation thérapeutique

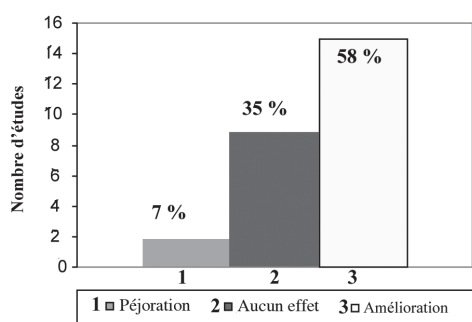
Au vu de la qualité de description peu détaillée il est, de fait, assez difficile, pour les auteurs des méta-analyses, de relier l'efficacité (que ce soit sur la base de critères biologiques ou psycho-sociaux) avec le type et la qualité de l'intervention éducative. Néanmoins, il apparaît que nombre d'études ont fait part d'une amélioration significative des différents critères de santé communément admis, et cela dans toutes les pathologies étudiées.

L'amélioration significative décrite est due à la mise en place de séances d'éducation thérapeutique (Fig. 2). Une première analyse rendant compte d'une série de 255 études montre une proportion élevée de 58% pour une amélioration significative grâce à l'éducation thérapeutique. 35% des études ne montrent aucun effet ou un effet peu significatif, et 7% montrent une péjoration des critères de santé due à l'éducation.

Il est à relever que les critères d'efficacité sont multiples et variés (Hémoglobine glyquée, qualité de vie, handicap, douleur, réadmission hospitalière, etc.).

**Figure 2:** Nombre d'études montrant respectivement

1. une péjoration,
2. une absence d'effet,
3. une amélioration due à l'éducation thérapeutique



### Education thérapeutique et obésité

La littérature scientifique est étonnamment pauvre en ce qui concerne l'éducation thérapeutique pour les patients obèses. Une méta-analyse récente de Snethen et al. fait un point sur ce type d'études publiées ces 20 dernières années, en se concentrant sur l'obésité chez l'enfant et l'adolescent.(5) Ces auteurs n'ont inclus dans la méta-ana-

lyse que les études avec groupe contrôle (7 études au total, pour 14 interventions et 356 patients traités).

Ce qui apparaît en premier lieu dans cette publication, c'est la quasi-absence de description du type d'intervention éducative. Ceci se retrouve malheureusement dans les études et les méta-analyses, ce qui pose problème dans l'interprétation des éléments favorisant l'apprentissage et le changement chez les patients. De plus, il est presque impossible de reproduire l'intervention sans une description détaillée du programme pédagogique (nombre de séances, durée de l'intervention, lieu, profession des intervenants, modèle pédagogique, etc.). L'unique paramètre évalué est la perte de poids et ceci sur une période relativement courte (3 à 12 mois entre les évaluations pré- et post- intervention). Toutes les études font part d'une perte de poids statistiquement significative pour les groupes ayant bénéficié de l'intervention éducative, alors que les patients des différents groupes contrôle ont pour la plupart gagné du poids durant la période.(5) Cette méta-analyse relate également l'intérêt d'inclure les parents dans le programme éducatif.

Une revue de littérature se concentrant sur les interventions comportementales pour la perte de poids chez l'adulte obèse montre l'intérêt de combiner ce type de psychothérapies avec les cours de diététique et la remise à l'activité physique.(6) Une perte de poids moyenne d'environ 10 kg (sur un poids de départ moyen de 94 kg), ainsi que le maintien de ce nouveau poids à moyen terme (6-12 mois) ont été mis en évidence sur les 12 études analysées par ces auteurs.

Une éducation thérapeutique interdisciplinaire, multidimensionnelle a permis à Genève de maintenir des pertes de poids à 5 ans de plus de 50 %.(7) Dernièrement, une combinaison entre un suivi hospitalier et ambulatoire semble montrer des résultats plus satisfaisants à long terme.

## 4. CONCLUSIONS

Sur la base de nos résultats préliminaires (9 méta-analyses), peu d'études (27 %) fournissent une méthodologie pédagogique qui permettrait de reproduire les séances éducatives, ceci étant relevé à de nombreuses

reprises par les différents auteurs des méta-analyses. Néanmoins, il ressort de manière claire que 58 % des études montrent une amélioration significative. Lorsque l'éducation est complexe et structurée, avec des indicateurs très précis et un groupe contrôle sans éducation thérapeutique, l'éducation thérapeutique montre une grande efficacité dans toutes les maladies chroniques considérées. Ceci peut s'expliquer par l'effet cumulé d'une éducation la plus large possible : travail sur les conceptions et croyances de la personne, qui permet de lever certains obstacles aux changements de comportements, associé à des thérapies cognitivo-comportementales. Ces approches sont directement axées sur l'expérimentation de nouveaux comportements comme, par exemple, l'activité physique, la prise de médicaments. L'amélioration de la relation soignant-patient qui en découle permet une prise en charge plus rapide en cas de complications. La création d'un modèle d'éducation thérapeutique complexe et transpathologies est souvent demandé par les différents auteurs des méta-analyses et nous proposons un modèle d'éducation thérapeutique en 5 dimensions (4).





## Références bibliographiques :

1. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *Jama* 1996;276:1473-9.
2. The World Health Report 1997. Conquering suffering. Enriching humanity. Geneva, Switzerland: WHO. ISBN 92 4 156185 8.
3. Assal J-P, Agostino A. Lorsque la pédagogie du malade contrôle la maladie. *Bérénice XI* 2003;27:96-107.
4. Lagger G, Giordan A, Chambouleyron M, Lasserre Moutet A, Golay A. L'éducation thérapeutique. Partie 2: Mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Médecine* 2008;4:269-73.
5. Snethen JA, Broome ME, Cashin SE. Effective weight loss for overweight children: a meta-analysis of intervention studies. *J Pediatr Nurs* 2006;21:45-56.
6. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006;5:102-14.
7. Golay A, Buclin S, Ybarra J, Toti F, Pichard C, Picco N, de Tonnac N, Allaz AF. New interdisciplinary cognitive-behavioral-nutritional approach to obesity treatment: A 5-year follow-up study. *Eating Weight Disord* 2004 ;9: 29-34
8. Buclin Thiébaud S, Pataky Z, Bruchez V, Golay A. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: A 5-year follow-up. *Pat Educ Counsel* 2009, in press.
9. Winkley K, Landau S, Eisler I, Ismail K. Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Online First* bmj.com doi:10.1136/bmj.38874.652569.55 (published 27 June 2006), 1-5.
10. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH : Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med.* (2004) Aug 9-23;164(15):1641-9.
11. Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM: Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* (2003) Jun 14;326(7402):1308-9.
12. Devine EC: Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with asthma. *Res Nurs Health.* (1996) Oct;19(5):367-76.
13. Devine EC: Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncol Nurs Forum.* (2003) Jan-Feb;30(1):75-89.
14. Devine EC, Percy J: Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns.* (1996) Nov;29(2):167-78.
15. Turnock AC, Walters EH, Walters JA, Wood-Baker R: Action plans for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* (2005) Oct; 19(4):CD005074.
16. Snethen JA, Broome ME, Cashin SE: Effective weight loss for overweight children: a meta-analysis of intervention studies. *J Pediatr Nurs.* (2006) Feb;21(1):45-56.
17. 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(7):1159-71.
18. Valk GD, Kriegsman DM, Assendelft WJ: Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane database of systematic reviews.* (Online) (2005);(1):CD001488.
19. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A: Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane database of systematic reviews.* (Online) (2005);(2):CD003638.
20. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Library,* (2007), 2, 1-72.
21. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Pat Educ and Couns,* (2004), 52, 97-105.
22. Steed L, Cooke D, Newman S. A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Pat Educ and Couns,* (2003) 51, 5-15.
23. Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* (2003) May-Jun;29(3):488-501.
24. Jadad AR, Moher M, Browman GP, Booker L, Sigouin C, Fuentes M, Stevens R. Systematic reviews and metaanalyses on treatment of asthma: critical evaluation. *BMJ* (2003) Feb; 20(26), 537-40.
25. Halpin DMG, Miravittles M. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Disease and Its Burden to Society. *Proc. of the Am. Thor. Soc.* (2006), 3, 619-23.
26. Lacasse Y, Guyatt GH, Goldstein RS. The Components of a Respiratory Rehabilitation Program. *CHEST* (1997) Apr, 111( 4), 1077-88.
27. Yu DS, Thompson DR, Lee DT: Disease management programmes for older people with heart failure: Crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *Eur Heart J.* (2006);27:596-612.
28. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA: Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med.* (2005);143:659-72.
29. Dracup K, Baker DW, Dunbar SB, Dacey RA, Brooks NH, Johnson JC, Oken C, Massie BM: Management of heart failure. II. Counseling, education, and lifestyle modifications. *JAMA.* (1994);272:1442-6.
30. Gwady-Sridhar FH, Flintoft V, Lee DS, Lee H, Guyatt GH: A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch Intern Med.* (2004);164:2315-20.
31. Boulware LE, Daumit GL, Frick KD, Minkovitz CS, Lawrence RS, Powe NR: An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *Am J Prev Med.* (2001);21:221-32.
32. Devine EC, Reifschneider E: A meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with hypertension. *Nurs Res.* (1995);44:237-45.
33. Ebrahim S, Smith GD: Lowering blood pressure: A systematic review of sustained effects of non-pharmacological interventions. *J Public Health Med.* (1998);20:441-8.
34. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S: Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: A systematic review. *Br J Gen Pract.* (2005);55:875-82.
35. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs* (2006); 5:102-114.
36. Keller C, Records K, Ainsworth B, Permana P, Coonrod DV. Interventions for weight management in postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* (2008); 37:71-79.
37. Walker LO. Managing excessive weight gain during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* (2007); 36:490-500.
38. Cole K, Waldrop J, D'Auria J, Garner H. An integrative research review: effective school-based childhood overweight interventions. *J Spec Pediatr Nurs* (2006); 11:166-177.
39. Birdsall KM, Vyas S, Khazaezadeh N, Oteng-Ntim E. Maternal obesity: a review of interventions. *Int J Clin Pract* (2009); 63:494-507.
40. Golay A, Buclin S, Ybarra J, Toti F, Pichard C, Picco N, et al. New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment: a 5-year follow-up study. *Eat Weight Disord* (2004); 9:29-34.
41. Séverine Buclin-Thiébaud, Zoltan Pataky, Vanessa Bruchez, Alain Golay. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: A 5-YEAR follow-up. *Patient Educ and Couns* (2009), in press.
42. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano Jr A, Ofman JJ. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness—which ones work? *BMJ,* (2002) Oct 26; 325, 1-8.



À l'issue de la première réunion du groupe DELF Paris-Ile de France, Charles BRAHMY, Pneumologue-tabacologue à Paris, nous a livré son analyse sur le comportement tabagique et ses propositions thérapeutiques pour aider le patient demandeur à s'en sevrer. Cf Colas et D. Seret-Begué

## RÉFLEXIONS D'UN TABACOLOGUE

« ET SI ON OUBLIAIT LA SANTÉ » ?

### CHARLES BRAHMY

Un article paru dans une revue médicale suisse propose de montrer les plaques d'athéromes carotidiennes aux fumeurs pour augmenter leur motivation au sevrage.

En France, les données du Baromètre Santé montrent que le nombre de fumeurs ne diminue pas depuis 4 ans, malgré les campagnes d'information et de prévention et la mention d'avertissements sanitaires sur les paquets de tabac. De plus la vente de cigarettes a progressé en 2009 de près de 3 %. (données OFDT 2009)

Ce constat amène à se poser la question de la limite de l'argument SANTE, autrement dit « et si on oubliait la santé ? ... »

### VOICI L'HISTOIRE D'ANTOINE

Antoine, 60 ans, m'est adressé par son cardiologue pour sevrage tabagique. Il est suivi pour une HTA modérée. Il fume un paquet par jour depuis l'âge de 18 ans (service militaire).

Antoine, cadre supérieur, est un « bon vivant », philosophe de la vie. Il n'a jamais essayé d'arrêter de fumer.

Lorsque que je le vois, il m'explique rencontrer d'importantes difficultés dans sa vie personnelle et professionnelle.

Sa démarche est motivée, non pas tant pour une raison de santé dont il reconnaît le bien-fondé (facteur de risque) mais surtout pour se prouver qu'il est capable de se prendre en charge. Réussir à arrêter atteste de l'existence de cette capacité.

Le travail clinique et thérapeutique va permettre de la faire naître. Nous y revenons

### REGARDS SUR LE TABAC

Si nous faisons la comparaison concernant les savoirs et perceptions autour du tabac entre le professionnel de santé et le consommateur, nous sommes saisis par l'importance de l'opposition :

- pour le professionnel de santé, fumer entraîne des pathologies, tue, et est une toxicomanie. Il n'y a aucun bénéfice à fumer.

- pour le consommateur, fumer est un plaisir, une bouffée d'oxygène, une respiration une béquille. Cela permet l'intégration dans un groupe social notamment pour les adolescents.

Il y a effectivement un très fort antagonisme entre le discours objectif médical étayé par des données épidémiologiques et scientifiques et celui subjectif du fumeur qui ne repose que sur l'expérience et le vécu de l'usage du tabac.

### DÉMARCHE TABACOLOGIQUE : OUTILS ET TECHNIQUES

Les outils et les techniques dont nous disposons dans la prise en charge tabacologique sont :

- les conférences de consensus.
- l'entretien motivationnel
- les traitements médicamenteux

Leur utilisation rentre dans le cadre de « bonnes pratiques cliniques ou de recommandations validées »

Cela appelle certains commentaires :

- 1) Les conférences de consensus précisent des modalités rigoureuses pour la

prise en charge du fumeur : l'obligation de « bien faire », reposant sur un niveau de preuve scientifique élevé. Elles ne sont axées que sur une démarche sanitaire.

- 2) L'entretien motivationnel est présenté comme la seule technique relationnelle directive de prise en charge validée visant à lever l'ambivalence du patient ; celle-ci étant a priori perçue comme gênante dans la sincérité et la réussite de la démarche.

- 3) Seules les thérapeutiques médicamenteuses sont validées.

Les autres méthodes existantes (hypnose, acupuncture, homéopathie...), pourtant fort utilisées, ne rentrent pas dans les protocoles recommandés.

### RÉINTRODUIRE L'HUMAIN DANS LA DÉMARCHE

Pour Antoine, il s'est agi de faire émerger sa part d'humanité dans un contexte médical.

Il a fallu l'aider à philosopher sur « le cœur et la raison » grâce au dialogue et à l'écoute.

En effet, au fur et à mesure des entretiens, il ressentait un dilemme :

- soit satisfaire à l'exigence de son cardiologue
- soit entreprendre son sevrage comme bon lui semble.

La solution a été de lui faire comprendre qu'il n'y avait pas de choix exclusif mais deux analyses de la démarche adaptables à la situation du moment...



... suite page 15

## TABAC ET HISTOIRES DE VIE

**Bernard, 32 ans**, évoque avec son médecin traitant son désir d'arrêter de fumer.

Celui-ci me l'adresse pour prise en charge.

Bernard travaille dans le monde du cinéma. Il fume ses 30 cigarettes quotidiennes depuis une vingtaine d'années.

Il n'a pas de problème de santé particulier. Il a fait plusieurs tentatives de sevrage par lui-même sans réel succès et pense qu'il a besoin d'être aidé.

Deux éléments forts ressortent des entretiens successifs ;

- fumer est pour Bernard un plaisir important ;

- son arrêt s'inscrit dans une démarche de changement de vie sur les plans professionnel, affectif et relationnel : Bernard souhaitant « faire attention à lui ».

Arrêter de fumer est un des éléments de cette prise de conscience.

Bernard est demandeur d'une aide. Parler de ses cigarettes qu'il apprécie et l'accompagnent dans sa vie revient à parler de lui. L'aider à enlever « l'écran de fumée » c'est lui permettre de parler de sa relation au plaisir et de sa dynamique de changement. C'est aussi l'aider à trouver sa place sociale selon ses propres valeurs.

Ce travail psychothérapeutique qui s'étend sur plusieurs semaines va permettre de le conforter dans ses choix de vie et de légitimer son désir de changement.

**Claire, 30 ans**, est demandeuse de sevrage tabagique. Elle vient à ma consultation spontanément.

Claire est journaliste-écrivain. Elle fume un paquet par jour depuis une dizaine d'années. Elle a fait plusieurs essais d'arrêt de durée variable et a repris en raison de la survenue d'une prise de poids. Comme Bernard, Claire ressent le besoin d'être aidée.

Sa démarche est motivée par l'envie de se « défaire de la dépendance ».

En évoquant sa dépendance tabagique, Claire parle aussi de la relation de dépendance qu'elle entretient dans sa vie professionnelle et affective. Il s'agit d'aider Claire à distinguer la relation au « bon objet » et celle au « mauvais objet ». La dépendance au tabac est toxique ; la dépendance professionnelle ou relationnelle ne l'est pas forcément.

Le travail thérapeutique consiste à aider Claire à donner du sens à sa démarche sans se mettre en danger (prise de poids).

## QUELQUES PROPOSITIONS.

- Médicaliser la démarche tabacologique n'est pas systématique. Aucune thérapeutique n'a été souhaitée dans ces trois histoires.

- Construire un dialogue au sens de relation d'écoute et de parole. Il s'agit de traverser littéralement le discours de l'autre (dialogos)

Ce dialogue se doit d'être dynamique au sein d'une relation thérapeutique plastique.

Il va du patient au médecin et du médecin au patient

L'indécision, l'ambivalence ne sont pas forcément des freins à la réussite de la démarche de sevrage.

## EN CONCLUSION ...

Et si on oubliait la santé ... pour parler de la VIE !!

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

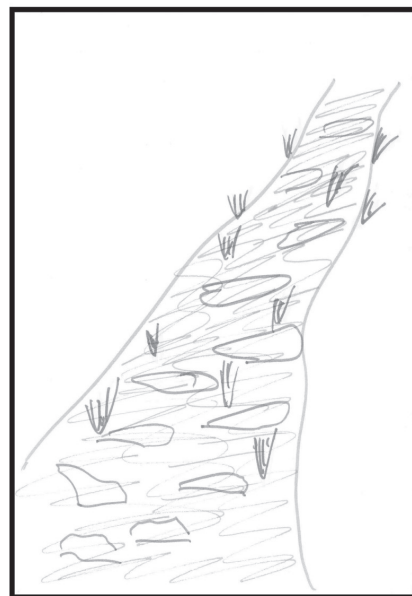
- 1) FALOMIR JM. , MUGNY G.  
Société contre fumeur : une analyse psychosociale de l'influence des experts  
Presses Universitaires de Grenoble 2004
- 2) LESOURNE Odile  
La genèse des addictions  
Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues - Editions PUF 2007
- 3) AMADO LEVI VALENSI Eliane  
La communication  
Editions PUF 1967
- 4) RODONDI N et al:  
The impact of carotid plaque screening on motivation for smoking cessation  
Nicotine and tobacco research, 10, 3, Mars 2008, 541-547
- 5) Sites Internet  
- OFDT : données 2009 site [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)  
- Baromètre santé : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Illustrations issues du travail « Vécu du diabète de type 2 : le dessin comme moyen d'expression » Claude Sachon et Nathalie Masseboeuf, Journal Diabète Education vol 19 n° 2.

## Monsieur G. Tristan - 13/02/06

- 65 ans
- Prêtre
- Diabétique de type 2 depuis 20 ans, sous insuline
- Tabac = 1 paquet par jour
- HBA1c : 10,6%, IMC : 34
- Rétinopathie
- Coronaropathie
- Pas d'antécédents de complications dans la famille

*Je vais bien, c'est le chemin de la vie. Les cailloux et les rochers, c'est le diabète. Je fais avec, il y a des fleurs, c'est la joie. Dans ma tête, je vais bien. En 1980, le médecin généraliste m'a dit : si vous le prenez au sérieux, on ne meurt pas du diabète.*

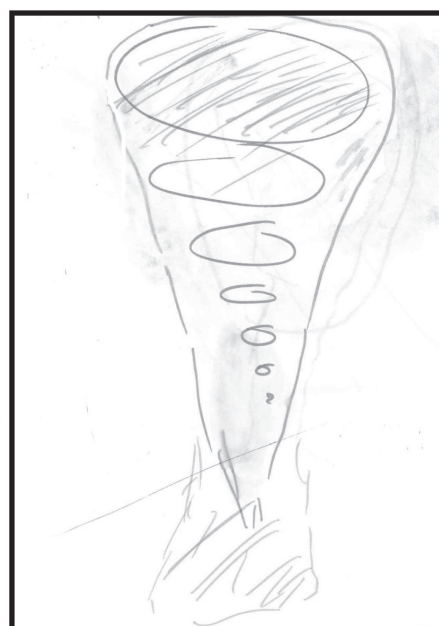


Pas de questionnaire

## Monsieur P. Joseph - 13/02/06

- 74 ans - Marié - 7 enfants - 12 petits-enfants
- Pharmacien à la retraite
- Diabétique de type 2 depuis 13 ans, sous insuline
- HBA1c : 8,5%, IMC : 26
- Arrêt du tabac il y a 6 ans
- Pas de complications microangiopathiques
- Frère amputé

*J'ai dessiné un sablier. La vie est possible, puis l'espoir décline, puis c'est le désespoir. Au diagnostic, c'était une tuile de plus. Mon frère est mort amputé. Il n'y a pas de guérison, mais une autre vie.*



Pas de questionnaire





## BULLETIN D'INVITATION

### SEMINAIRE

### « L'activité physique adaptée dans le parcours de soins et d'éducation »

organisé avec le concours de :

- Diabète éducation de langue française (DELF)
- Association des Educateurs Médico-Sportifs (ADEMS)
- Union Sports et Diabète (USD)

**Vendredi 23 octobre 2009**

**DE 09H à 17H30**

**CNSOF- Maison du sport français -**

**1 avenue Pierre de Coubertin, 75013 Paris (M° : Cité universitaire)**

- ☐ NOM, prénom :
- ☐ Adresse électronique :
- ☐ Téléphone :
- ☐ Titre et fonction :
- ☐ Adresse professionnelle :

assistera au séminaire : ☐ oui ☐ non

participera au déjeuner : ☐ oui ☐ non

sera représenté par ( **nom, prénom et fonction**) :

**Coupon à retourner à Mathilde Richard, [mrichard@clinicprosport.com](mailto:mrichard@clinicprosport.com)  
ClinicProSport, 29 rue de l'espérance - 75013 Paris**

**INFORMATIONS PRATIQUES**INSCRIPTIONS

- Inscription : 30 €
- Déjeuner et pauses inclus
- Nombre de places limité

**Merci de retourner le bulletin ci-joint  
avant le 1er octobre 2009**

ADRESSE

► CNOSF - Maison du Sport Français  
1, avenue Pierre de Coubertin – 75013 PARIS  
Tél. : 01 40 78 28 00

ACCES

► Parking  
Charléty-Coubertin  
17, avenue Pierre de Coubertin – 75013 PARIS

- Liaisons
- Orly : 30'
  - Roissy : 45'
  - Gare du Nord : 25'
  - Gare de l'Est : 35'
  - Orly Bus : 15'

- Transports en commun
- Station RER B : Cité Universitaire
  - Station Tramway : Stade Charléty
  - Bus : 21, 67

p. 4

**ANCREd**

Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète

## Séminaire ANCREd

### L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE DANS LE PARCOURS DE SOINS ET D'EDUCATION

**Vendredi 23 octobre 2009**

**CNOSF - Maison du Sport Français**  
1, avenue Pierre de Coubertin – 75013 Paris

*Organisé avec le concours de :*

**Diabète Education de Langue Française (DELF)**  
**Association Des Educateurs Médico-Sportifs (ADEMS)**  
**Union Sport Diabète (USD)**



Diabète Education de Langue Française



Association Des Educateurs Médico-Sportifs

Union  
Sports &  
Diabète**Programme du vendredi 23 octobre 2009**

|         |                                                                                    |                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9 h 00  | Accueil des participants et Inscription aux ateliers de l'après midi               |                                                                                                                     | 14 h 00 | 2 <sup>e</sup> session                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 9 h 30  | <b>Bienvenue</b>                                                                   | <b>Alain CALMAT</b><br>Président de la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français – CNOSF |         | Les prestations d'éducation à l'Activité Physique Adaptée (APA)                                                                                                                                                                            | « Élaborer un socle commun d'éducation à l'APA pour les personnes atteintes de maladie chronique »                                                                                                                                                                                                            |
|         | <b>Présentation du séminaire</b>                                                   | <b>Georges STRAUCH</b> , Président de l'Union Sport Diabète – USD                                                   |         | Présentation et organisation de 3 ateliers<br><b>Atelier 1</b> - Contenu et place dans le parcours de soins                                                                                                                                | <b>Franck LAUREYNS</b> , <b>Hélène DUFLOER</b><br>ADEMS                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 10 h 00 | 1 <sup>ère</sup> session                                                           |                                                                                                                     |         | <b>Atelier 2</b> - Compétences des professionnels de l'Education à l'APA                                                                                                                                                                   | <b>Jean BERTSCH</b> - Université Paris XI<br><b>Vincent COLICHE</b> – Réseau REDiAB côte d'Opale – Boulogne-sur-mer                                                                                                                                                                                           |
|         | Outils et harmonisation des pratiques                                              | « Partager une culture commune pour utiliser des outils pratiques et éducatifs »                                    |         | <b>Atelier 3</b> - Organisation du suivi après le cycle initial                                                                                                                                                                            | <b>Jean-Luc GRILLON</b> - Réseau Sport Santé<br><b>Serge ROTHIER</b> - Président du CROS - Région Champagne Ardenne                                                                                                                                                                                           |
|         | Évaluation de la condition physique                                                | <b>Jean-Marc SENE</b><br>Centre National des Sports de la Défense - Fontainebleau                                   | 15 h 00 | Conférence                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|         | Évaluation du niveau d'activité physique et de la sédentarité                      | <b>Martine DUCLOS</b><br>Service de médecine du Sport – CHU Clermont-Ferrand                                        |         | L'activité physique adaptée en perspective.                                                                                                                                                                                                | <b>Claire PERRIN</b><br>Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport - CRIS - Université Lyon 1                                                                                                                                                                                                           |
|         | Évaluation de la motivation à la pratique de l'activité physique adaptée (APA)     | <b>Sandrine MESTRE</b><br>Centre de santé de la Marne – Mutualité Française                                         | 15 h 30 | Pause                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 11 h 00 | Pause                                                                              |                                                                                                                     | 15 h 50 | Séance plénière                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 11 h 20 | Questions / Réponses                                                               | Modérateurs :<br><b>Georges STRAUCH</b> - USD<br><b>Franck LAUREYNS</b> - ADEMS                                     |         | Restitution des ateliers et échanges sur les prestations d'éducation à l'activité physique proposées                                                                                                                                       | Modérateurs :<br><b>Ghislaine HOCHBERG</b><br>Présidente de DELF<br><b>Régis BRESSON</b><br>Plate forme Santé du Douaisis                                                                                                                                                                                     |
| 12 h 00 | Conférence                                                                         |                                                                                                                     | 16 h 30 | Table ronde                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|         | Pédagogie de l'animation de groupe d'éducation à l'activité physique adaptée (APA) | <b>Fabienne LEMONNIER</b><br>INPES - Paris                                                                          |         | ► Rappel des objectifs du séminaire et de la production de la journée.<br>► Point de vue des organismes décideurs.<br>► Annonce de l'élaboration d'un protocole expérimental national de mise en œuvre des prestations éducatives à l'APA. | Invités :<br><b>Jean-François TOUSSAINT</b> - HCSP<br><b>Nathalie POUTIGNAT</b> – HAS<br><b>Yannick PRIOUX</b> - AFD<br><b>Représentants du CNAMTS – Mutualité Française</b> (sous réserve)<br>Animateurs :<br><b>Monique OLOCCO-PORTERAT</b><br><b>Michel VARROUD VIAL</b><br><b>Régis BRESSON</b><br>ANCREd |
| 12h30   | Déjeuner - buffet                                                                  |                                                                                                                     | 17 h30  | Fin du Séminaire                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



## Diabète Education de Langue Française

SECTION FRANCOPHONE DE DIABETES EDUCATION STUDY GROUP

### COTISATION POUR L'ANNEE 2009

### A DIABETE EDUCATION de LANGUE FRANÇAISE

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

#### Droits d'inscription : 20 euros

Ces droits permettent d'être membre du DELF et de recevoir le journal "Diabète Education"

#### Libellez votre chèque à l'ordre du "DELF"

Souhaitez-vous un justificatif ? ☐ OUI ☐ NON

Merci de bien vouloir remplir vos coordonnées (en caractères d'imprimerie)

NOM .....

Prénom .....

Adresse .....

Code Postal .....

Téléphone .....

Télécopie .....

E-mail (important) .....

Groupe régional .....

#### Profession

☐ Médecin

☐ Infirmier(e)

#### Activité(s)

☐ Hospitalière

☐ Psychologue

☐ Libérale

☐ Podologue - pédicure

☐ Salariée

☐ Diététicien(ne)

☐ Autre

Merci d'adresser ce bulletin accompagné de votre règlement :

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

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

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

**Soumission des résumés en ligne : [www.diabete-education.org](http://www.diabete-education.org)**  
**Date limite de soumission: 21 novembre 2009**

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](mailto:jp-com@wanadoo.fr)  
 Site: [www.jpcom.fr](http://www.jpcom.fr)

**Comité scientifique :**

E. Drahi, C.Fournier, A.Golay, S.Halimi, G.Hochberg,  
 H.Mosnier-Pudar, J. Pelicand, F. Penfornis, G.Reach, B.Sandrin Berthon.

**Comité organisation :**

S.Halimi, G.Hochberg, H.Mosnier-Pudar.



**DELF**

Diabète Education de Langue Française

**SANTE- EDUCATION PARIS 2010**

**Vendredi 5 février 2010**

**Maison de la Chimie**

**28 bis rue Saint Dominique - 75007 Paris**



Vos billets d'avion au meilleur prix



Bénéficiaire de tarifs préférentiels avec Air France et KLM Global Meetings.  
 Code Identifiant à communiquer lors de la réservation : 07916 AF  
 Plus d'information [www.airfranceklm-globalmeetings.com](http://www.airfranceklm-globalmeetings.com)



## Programme DELF - Industrie

### Symposium DELF - Roche Diagnostics

Le 4 février 2010 de 19h à 21h : **Activité physique et diabète**

Je confirme ma participation au symposium ☐

Je ne participerai pas au symposium ☐

### Déjeuners débat

Le 5 février 2010 de 12h30 à 13h45 :

**Déjeuner débat n°1 : DELF - Eli Lilly**

Les « Conversation Map » : un nouvel outil pour l'éducation du patient diabétique

**Déjeuner débat n°2 : DELF - Medtronic**

La mesure de la glycémie en continu (CGM): quelle place dans l'éducation thérapeutique du patient ?

Je m'inscris au déjeuner débat n°1\* ☐

Je m'inscris au déjeuner débat n°2\* ☐

\* nombre de places limité, seules les personnes préalablement inscrites pourront accéder aux salles réservées pour les déjeuners débat

**Bulletin à adresser à :**

JP Com  
 1 rue Isidore Pierre 14000 Caen  
 Tel 02 31 27 19 18 Fax 02 31 27 19 17  
 Email: [jp-com@wanadoo.fr](mailto:jp-com@wanadoo.fr)



## PRE PROGRAMME - Vendredi 5 février 2010

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>08.45 Ouverture du congrès</b><br/><i>Ghislaine Hochberg (Paris) – Président du DELF</i></p> <p><b>09.00 Organiser l'éducation thérapeutique du patient : états des lieux</b><br/>- Introduction : Comment penser l'éducation thérapeutique aujourd'hui ?<br/>Serge Halimi (Grenoble)</p> <p>- L'éducation thérapeutique à l'hôpital : résultats de l'enquête EDUPEF<br/>Cécile Fournier (Paris)</p> <p>- L'éducation thérapeutique en exercice libéral<br/>Fabienne Midy (Paris)</p> <p>- L'organisation de la prise en charge des maladies chroniques et le développement de l'éducation du patient dans la perspective de la mise en place des ARS<br/>Francois Baudier (Besançon)</p> <p><b>11.00 Organiser l'éducation thérapeutique du patient : Partage d'expériences</b><br/>- Éducation thérapeutique de proximité : quelles leçons pour l'avenir<br/>Éric Drahi (Saint Jean de Braye)</p> <p>- Organiser l'éducation à l'échelle d'un territoire : l'exemple de la région PACA</p> <p>- L'éducation au long du parcours du patient : à propos des réseaux de la Plateforme Santé Douaisis<sup>®</sup><br/>Régis Bresson (Douai)</p> <p>- Comment répondre aux besoins en éducation thérapeutique quand il n'y a pas de territoire : le diabète de type 1 chez l'enfant<br/>Jean Jacques Robert (Paris)</p> <p><b>12.30 - 14.00 : Déjeuner</b></p> <p><b>12.30 Assemblée Générale du DELF</b></p> <p><b>12.30 Atelier déjeuner débat (sur inscription préalable)</b><br/><i>Atelier n°1 : DELF - Eli Lilly</i><br/><i>Les Conversation Map : un nouvel outil pour l'éducation du patient diabétique</i></p> <p><i>Atelier n°2 : DELF - Medtronic</i><br/><i>La mesure de la glycémie en continu : quel apport pour le dialogue soignant – soigné?</i></p> | <p><b>14.00 Remise des prix DELF – Industrie</b><br/><i>Prix DELF - Servier Médical : « Meilleur abstract »</i><br/><i>Prix DELF - Novo Nordisk : « Prix National Dawn »</i><br/><i>Prix DELF - MSD : « Améliorer la prise en charge du Diabète de Type 2 »</i></p> <p><b>14.30 Organiser l'éducation thérapeutique du patient : Et demain ?</b><br/><b>Table ronde – discussion avec la salle</b><br/>- CNAM, HAS, INPES, DGS, DHOS</p> <p><b>15.30 Pathologie chronique invitée</b><br/>- Unité d'éducation transversale : ressource pour le développement de l'éducation thérapeutique à l'hôpital et au delà<br/>Cécile Zimmerman (Besançon)</p> <p><b>16.00 Communications orales</b></p> <p><b>17.30 Clôture du congrès</b></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Le jeudi 4 février 2010 de 19h à 21h**  
**Symposium DELF - Roche Diagnostics**  
**Activité physique et diabète**  
 Maison de la Chimie  
 28 bis rue Saint Dominique  
 75007 - Paris

## BULLETIN D'INSCRIPTION

|                                    |                                        |       |
|------------------------------------|----------------------------------------|-------|
| <b>Droits d'inscription :</b>      | Individuelle                           | 145 € |
|                                    | Collectivité - FMC                     | 170€  |
| <b>Avant le 15 décembre 2009 :</b> |                                        |       |
|                                    | Membres du DELF (à jour de cotisation) | 105 € |
|                                    | Cotisation annuelle du DELF            | 20 €  |

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

**Les droits d'inscription incluent :**

L'accès aux communications, à l'exposition, le déjeuner et 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 chèques doivent être libellés à l'ordre du DELF.

**Numéro d'agrément : 11 75 3241475**

**Numéro FMC : 100 026**

**NOM :**

**PRÉNOM :**

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

**Adresse Professionnelle :**

**Code Postal :**

**Ville:**

**Pays:**

**Téléphone :**

**Fax :**

**Email (indispensable) :**

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



*Choisissez l'option  
**sérénité !***

**NOUVEAU**



**Paradigm<sup>®</sup> REAL-Time**

**la seule\* pompe à l'écoute de vos patients**

**Medtronic France S.A.S.**  
122, avenue du Général Leclerc  
92514 Boulogne-Billancourt Cedex  
[www.medtronic-diabete.fr](http://www.medtronic-diabete.fr)



\*Nécessite l'utilisation d'un capteur de glucose ; le capteur de glucose n'est pas encore pris en charge par la sécurité sociale. Parlez-en avec votre médecin. Si l'on utilise un capteur de glucose, la mesure est effectuée toutes les 10 secondes, avec un affichage de la moyenne toutes les 5 min. Il existe une différence entre le taux de glucose mesuré dans le liquide interstitiel et le taux de glucose mesuré dans le sang. Le système peut donc ne pas informer dans tous les cas d'une situation d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie détectée par une glycémie capillaire.



**Pour vos diabétiques de type 2,**

dès que régime, exercice physique et réduction pondérale sont insuffisants

# DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

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



**Désormais disponible en conditionnement trimestriel**

**Une seule prise par jour**

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

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

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

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

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

DID (diab. type 1), précoma et coma diab., acidocétose diab., insuf. rén. ou hépat. sévère (dans ces situations, recourir à l'insuline), hypersensibilité au gliclazide ou à l'un des constituants, aux autres sulfonylurées, aux sulfamides, trait. par miconazole (cf. Interac. et autres formes d'interac.), allait. (cf. Grossesse et allait.). MISES EN GARDE ET PRÉC. D'EMPLOI : Risq. d'hypoglycémie sous sulfamides pouvant nécessiter une hosp. et un resucrage sur plusieurs

jours. Informer le patient des risq. et préc. d'emploi et de l'importance du respect du régime alim., d'un exercice physique régulier, du contrôle de la glycémie. Ne prescrire que si l'alimentation est régulière. INTERACTIONS : Majorant l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillés),  $\beta$ -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres antidiab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H<sub>2</sub>, IMAO, sulfonamides et AINS ; diminuent l'effet hypoglyc. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoïdes, tétracosactide ; en IV : ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte : anticoagulants. 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<sup>e</sup> h puis évoluent en plateau entre la 6<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> h. La prise unique

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

