



DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ ÉDUCATION
VOLUME 20 - N° 1
Mars 2010

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

édito

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ENFIN RECONNUE

FRANÇOIS BOURDILLON - GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE

LES diabétologues le savent bien, pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques, il faut prendre en compte de multiples facteurs : médicaux, psychosociaux, les modes de vie (alimentation, l'activité physique) mais aussi les facteurs éducatifs. Il s'agit de donner aux patients diabétiques des compétences de soins afin de leur permettre de mieux comprendre leurs symptômes, de mesurer leur glycémie, d'adapter leurs doses d'insuline, ... C'est en proposant aux patients de séances d'éducation thérapeutique qu'il a été possible de réduire bon nombre de complications et d'améliorer leur qualité de vie.

Le développement des programmes d'insulinothérapie fonctionnelle est le parfait exemple de l'attention portée à la qualité de vie des patients diabétiques.

Alors que dans les années 90 les initiatives d'éducation thérapeutique reposaient essentiellement sur un engagement militant d'équipes soignantes, les années 2000 sont celles de l'émergence d'une volonté politique marquée par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Cette Loi inscrit pour la première fois l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le code de la santé publique.

La Loi précise que « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». Elle doit être réalisée dans le cadre de programmes qui doivent être conformes à un cahier des charges national. Les programmes doivent être autorisés par l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

Ces trois notions de parcours de soins, de programmes et d'autorisation sont importantes.

Parcours de soins

Le fait d'inscrire l'ETP dans le parcours de soins est la marque de son appartenance à une activité de soins. Ce qui distingue vérita-

blement l'éducation thérapeutique de l'accompagnement, c'est que la première s'inscrit dans une démarche de soin menée par et sous la responsabilité de professionnels de santé qui ont en charge le patient et que la seconde n'est pas sous la responsabilité de soignants. Cette différence de responsabilité éclaire le fait que si les actions d'accompagnement font partie des programmes d'éducation thérapeutique, elles le sont sous le principe de la pertinence et de la cohérence des actions proposées mais non sur les responsabilités engagées.

Ainsi l'action SOPHIA menée par l'assurance maladie est-elle une action d'accompagnement.

Programme

L'exigence de la Loi de passer d'une logique d'action à une logique de programme est une transformation majeure car elle impose à ses responsables de formaliser leurs activités d'éducation dans le cadre d'un projet d'équipe. Le programme décline les objectifs, définit la population cible, décrit les modalités de déroulement des actions, le contenu éducatif, le rôle et la compétence des intervenants, l'évaluation qui sera mise en œuvre ... Le cahier des charges national, prévu par la Loi, est en préparation. Il devrait intégrer des critères de bonnes pratiques, de compétences, de pluridisciplinarité, de partage de l'information avec les autres professionnels, ... Son objet est de donner un cadre et de structurer pour l'avenir de manière professionnelle, multidisciplinaire et multiprofessionnelle les activités d'éducation thérapeutique.

Autorisation

L'autorisation se veut être un garant du respect du cahier des charges et un être un futur outil pour l'ARS pour connaître l'offre d'éducation thérapeutique et éventuellement la planifier sur des territoires donnés. Le risque d'une telle exigence est le développement d'une bureaucratisation amenant l'ARS à dé-

SOMMAIRE

Éditorial : L'éducation thérapeutique du patient enfin reconnue P. 1
François Bourdillon

Évalué pour vous 1 : Expérience du Réseau Diabète Haute-Loire autour de la mise en place d'ateliers de marche active selon le programme ACTI'MARCH P.2
Marie-Claire Ombret

Évalué pour vous 2 : Étude de la connaissance du diabète de type 2 par un groupe de patients diabétiques déséquilibrés P.7
Dr Douboscocq, Dr Molinier, Mlle Scotti, Dr Marimoutou, Pr Debonne

Diabète et pédagogie : L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier secours. Présentation d'un rapport du Haut Conseil de la santé publique publié en novembre 2009 P.10
Brigitte Sandrin-Berthon

De la théorie à la pratique : Éducation, alimentation et précarité ... P. 11
Christine Kavan, Martine Billard, Cécile Zimmerman, Alfred Penfornis

Autres pathologies chroniques : Le GRAMM : une expérience de suivi en libéral de femmes obèses en groupe sur une année ; bilan des trois années de fonctionnement et évaluation P.13
Corine Lefaucheur-Vatin, Christine Palasset

Lu pour vous : Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation *Motivational interviewing in health care : Helping patients change behavior.* S.Rollnick, W.R.Miller, C.C.Butler P. 15
Helen Mosnier-Pudar

Miscellaneous : L'éducation thérapeutique en quelques lignes ... P. 16
Catherine Caliman

●● suite page 1

livrer des autorisations au détriment de toute activité stratégique. Le délai pour délivrer des autorisations (1er janvier 2011) est très court pour les ARS qui devraient voire le jour en avril 2010. A ce jour, il n'y a pas d'indications précises sur les modalités de financement si ce n'est qu'une autorisation obtenue n'ouvrira pas forcément droit à financement. Les modalités de financement existantes actuelles restent donc pour l'instant en vigueur. Pour les établissements de santé, la circulaire de la DHOS de 2008 présente la modélisation du financement retenue pour la Mission d'Intérêt Général (MIG) « éducation thérapeutique » et propose une répartition des financements de manière proportionnée aux activités et sur la base de critères de qualité. Pour les initiatives de ville, les financements sont à envisager à travers le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) essentiellement dans le cadre de maisons pluridisciplinaires ou des réseaux de santé.

Deux questions restent en suspens : celle des priorités et celle des financements

Priorités

Si la Loi du 21 juillet 2009 a donné un cadre à l'éducation thérapeutique, il revient maintenant aux pouvoirs publics de donner des orientations nationales notamment en matière de priorités et aux ARS d'identifier les besoins des populations de leurs régions en s'appuyant sur le projet régional de santé publique et demain sur le schéma régional de prévention ou le schéma d'organisation des soins (SROS). Ces questions de priorités sont encore loin d'être tranchées. Le pragmatisme serait de maintenir l'existant répondant au cahier des charges national, de faire l'état des lieux début 2011,

et ensuite de fixer des orientations régionales à travers les schémas régionaux. La question pour l'avenir est de savoir s'il faut structurer l'offre d'éducation thérapeutique en 5 ans pour certaines pathologies comme le diabète (où l'éducation thérapeutique a fait la preuve de son efficacité et d'efficience) ou soutenir les initiatives de qualité qui émergent dans le vaste champ des maladies chroniques sans distinction de priorités.

Financements

La question la plus cruciale est celle du montant des enveloppes financières qui seront consacrées à l'éducation thérapeutique. L'objectif de la Loi est clairement de permettre au plus grand nombre de malades de bénéficier d'une offre d'éducation thérapeutique. C'est très ambitieux dans une période de crises financières. Le manque de moyens ne peut amener qu'à faire des choix et donc de fixer des priorités selon les pathologies, les populations, la gravité ... Elle peut amener aussi à privilégier des programmes d'accompagnement non inscrits dans le parcours de soins. La constitution d'un fonds national d'éducation thérapeutique évoquée par la Loi et la possibilité de financement par des entreprises privées doivent être étudiées avec beaucoup d'attention si on veut, demain, que le développement de l'éducation thérapeutique dans notre pays soit à la hauteur des ambitions de la Loi du 21 juillet 2009. La Société Française de Santé Publique et le collectif interassociatif sur la santé ont lancé un appel en novembre 2009 la création d'un fonds national d'initiative pour le développement des actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients

- François Bourdillon. Etre autorisé à mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique : Comment ? Médecine des maladies métaboliques. 2010, Vol 4, N°1, 25-30

- François Bourdillon, Rémi Gagnayre, Jean-François Collin. Note relative à la définition, au cahier des charges et au financement des actions d'accompagnement <http://www.sfsp.fr/activites/file/Noteaccompagnement.pdf>

- François Bourdillon. Etre autorisé à mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique : Comment ? Médecine des maladies métaboliques. 2010, Vol 4, N°1, 25-30

- François Bourdillon, Rémi Gagnayre, Jean-François Collin. Note relative à la définition, au cahier des charges et au financement des actions d'accompagnement <http://www.sfsp.fr/activites/file/Noteaccompagnement.pdf>

- HAS-INPES, Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique, 2007 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_604958/etp-structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-guide-methodologique

- HAS, Guide méthodologique - Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé, 2008, 45 p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_430286/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante

- Circulaire DHOS/E2/F/MT2A n° 2008-236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général (MIG) « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'éducation thérapeutique dans les établissements de santé.

<http://www.sfsp.fr/activites/file/Lettre%20ouverteSfspCiss.pdf>

EVALUATION POUR VOUS 1

EXPÉRIENCE DU RÉSEAU DIABÈTE HAUTE-LOIRE AUTOUR DE LA MISE EN PLACE D'ATELIERS DE MARCHÉ ACTIVE SELON LE PROGRAMME ACTI'MARCH®

MARIE-CLAIRE OMBRET - COORDINATRICE RÉSEAU DIABÈTE HAUTE-LOIRE

L'activité physique est un élément essentiel de l'équilibre du diabète et de la prévention des maladies cardiovasculaires.

Les échanges avec les diabétiques adhérents du réseau nous ont permis de constater certains freins à la pratique régulière de l'activité physique :

- la crainte de ne pas y arriver et la peur du regard des autres

- la difficulté à se motiver dans un quotidien déjà contraignant
- l'isolement

L'enjeu, pour le réseau, était de pouvoir proposer à ses adhérents, une activité qui réunisse plusieurs critères : à la portée de tous, efficacité et convivialité, l'objectif poursuivi étant l'intégration de l'activité physique de façon régulière et durable dans le quotidien des diabétiques du réseau.

LE PROGRAMME DE MARCHÉ ACTIVE ACTI'MARCH®

Il est développé au niveau national auprès du grand public par la FFEPCV (1), selon les recommandations du PNNS (2) et de l'ACSM (3) nous a paru correspondre parfaitement à notre demande.

••• suite page 2

L'objectif de ce programme est la diminution des facteurs de risque cardiovasculaire.

Il se déroule sur une durée totale de 16 semaines, comprenant 3 séances hebdomadaires, dont 2 encadrées par un éducateur sportif habilité et ayant suivi une formation spécifique, et une réalisée en autonomie (sur la base du programme donné par l'éducateur sportif).

Pratiquée pendant 20 à 45 minutes à une fréquence cardiaque personnalisée variant de 45% à 60% de la fréquence cardiaque de réserve (utilisation de cardiofréquencemètre et de podomètre) sur terrain plat, cette marche dynamique permet au patient d'optimiser son capital santé et sa dépense énergétique et de favoriser son implication dans la gestion et l'équilibre de son diabète.

LA STRUCTURATION DU PROJET

L'implication de Madame Irène Guérin, vice présidente du CODEP 43 (4), infirmière, éducateur sportif, a été un atout essentiel dans la structuration et la mise en place de ce projet.

Un financement spécifique a été demandé à l'URCAM Auvergne dans le cadre de l'appel à projets FNPEIS 2008 (5) « éducation thérapeutique du patient ».

7000 euros ont été obtenus, pour le financement de la formation de 2 éducateurs sportifs, l'encadrement de 2 groupes de 8 patients et la structuration du projet.

Différentes procédures ont été élaborées pour garantir la sécurité des patients.

Ainsi, il est demandé lors de l'inscription, à tout patient qui souhaite participer à ces ateliers :

- un certificat médical autorisant la pratique de l'atelier Acti'march®
- une consultation cardiologique de moins de 1 an en fonction des critères de dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse (recommandations ALFEDIAM (6))
- un dosage de l'HbA1C et de la microalbuminurie de moins d'un an
- un fond d'œil ou une rétinographie de moins d'un an

De plus, une procédure a été appliquée en cas d'hypoglycémie et une procédure pour assurer une bonne pratique de l'activité ACTI'MARCH® ont été formalisées (annexes).

Une formation a été organisée pour les éducateurs sportifs amenés à encadrer ces groupes.

Cette formation de 3 x 8 heures a porté sur :

- « les notions fondamentales sur le diabète », animé par le Dr. Catherine Grigoresco, diabétologue
- « la glycémie capillaire et la gestion de l'hypoglycémie », animé par la coordinatrice (infirmière) et la diététicienne du réseau
- « les soins des pieds et la prévention des plaies », animé par un pédicure-podologue
- « le programme ACTI'MARCH® », animé par un intervenant fédéral de la FFEFGV.

LES PRÉALABLES À L'ACTIVITÉ

Peu avant le début de l'activité, des questionnaires sont adressés aux inscrits pour faire le point sur leur hygiène de vie, leurs motivations, leurs attentes : questionnaires Marshall, hygiène de vie, Ricci et Gagnon.

Une rencontre entre tous les participants et les éducateurs a lieu afin d'établir ensemble le calendrier des séances.

Un entretien individuel avec les éducateurs sportifs est réalisé pour :

- mesurer les critères cliniques (poids, IMC, tour de taille, pouls de repos)
- récupérer et faire le point par rapport aux questionnaires envoyés
- faire signer le contrat d'engagement.

Le programme débute par une série de tests : 6 mn marche et 2 kms marche.

Les séances d'activité se déroulent au stade du Puy.

LES PRÉALABLES À L'ACTIVITÉ

Chaque séance débute et se termine par une mesure individuelle de la glycémie capillaire.

Les éducateurs sportifs ont à leur disposition du matériel de mesure de glycémie capillaire et de resucrage afin de prévenir ou corriger les hypoglycémies.

A cet effet, la diététicienne du réseau assiste aux premières séances afin d'éduquer les patients sur les modalités du resucrage.

Sur le groupe, une patiente faisait régulièrement des hypoglycémies importantes et ne savait pas se resucrer correctement. L'intervention de la diététicienne a permis à la patiente d'apprendre à gérer ce problème « en situation ».

L'échauffement

Il dure de 12 à 15 mn minimum selon les personnes.

Il est structuré en 2 temps :

- individuel, personnalisé car ciblé sur les problématiques physiques individuelles. Il est basé sur une mobilisation articulaire globale pour permettre une montée en puissance progressive des différents systèmes de l'organisme (cardiorespiratoire, musculaire)
- collectif qui intensifie le travail d'échauffement (jeux d'opposition)

La Séance

Elle dure de 20 à 45mn en fonction du programme de chaque participant.

L'animateur propose à chacun les orientations de la séance du jour : durée de marche, nombre de pulsations/mn. à atteindre.

Son rôle consiste essentiellement à « accompagner » chaque marcheur en l'observant et lui apportant soutien et aide méthodologique en vue de l'atteinte de l'objectif visé.

Les étirements

Ils durent de 10 à 12 mn.

Ils permettent la récupération cardiorespiratoire et musculaire.

Il s'agit essentiellement d'étirements musculaires passifs (en décharge du poids du corps) à raison de 3 étirements de 20 secondes/ par groupe musculaire.

L'éducateur sportif utilise également ce temps pour envisager avec chaque participant les éducatifs (7) à mettre en œuvre lors des séances suivantes.

Ce moment permet aussi de planifier pour chacun le contenu de la séance en autonomie.

Une observation des pieds afin de prévenir toute lésion était également prévue en fin d'activité.

Un livret individuel de suivi est renseigné par chaque participant à l'issue de chaque séance afin de collecter certaines données : fréquence cardiaque, glycémie avant/après, distance parcourue, temps réalisé, ressenti (fatigabilité, douleurs articulaires ou musculaires, essoufflement...). Il est demandé aux participants de renseigner également ce livret lors des séances en autonomie.



●● suite page 3

LES TESTS DE FIN DE PROGRAMME

À l'issue des 16 semaines, les tests de marche sont réalisés dans les mêmes conditions qu'en début de programme ainsi qu'une mesure des mêmes critères cliniques (poids, tour de taille, IMC, pouls de repos) et biologiques prescrits par les médecins traitants. Une fiche bilan du ressenti est renseignée.

Une réunion est organisée entre les patients, les éducateurs sportifs, la coordination afin de faire le point sur les difficultés et les éléments positifs, de commenter les résultats pour chacun et d'envisager la suite à donner à ces ateliers. Une proposition personnalisée est faite et le livret individuel des résultats est remis à chacun des patients avec son programme personnalisé.

COMMENTAIRES

Les objectifs de la mise en place de ces ateliers d'activité physique par le Réseau Diabète sont de 3 ordres :

1. L'amélioration de l'équilibre glycémique dont le principal marqueur est l'HbA1C. Nous avons noté une normalisation de ce critère pour les personnes dont le diabète était mal contrôlé avant le début de l'activité (>7).

2. La diminution du risque cardiovasculaire avec l'amélioration de certains marqueurs de ce risque : tour de taille, poids et IMC, bilan lipidique. Nous avons pu noter une tendance à la baisse pour ces indicateurs, parfois de façon spectaculaire. La tension artérielle n'a pas fait l'objet d'un recueil de données suffisant. Ceci sera réajusté pour les groupes suivants.

3. La poursuite de l'activité physique à l'issue du programme : à ce jour soit plus de 6 mois après la fin du programme, 5 personnes sur 6 poursuivent une activité dans un nouveau groupe.

Par ailleurs l'entraînement a permis de faire les constats suivants sur ce groupe :

1. Adaptation respiratoire à l'effort et VO₂ : Un mieux être pour les 6 personnes avec une baisse de l'essoufflement. La diminution du pouls de repos, l'augmentation de la VO₂ et de l'indice de forme en sont le témoin.
2. Amélioration de qualité de vie : avec une diminution des douleurs de dos et de genoux notamment (ceci s'explique par la baisse de poids induite par l'activité), une diminution du stress pour 3 personnes, une meilleure gestion du diabète au quotidien.

Au vu des résultats encourageants notamment dans la gestion du diabète et l'amélioration de la qualité de vie, il nous semble important de poursuivre et de permettre à plus de personnes de bénéficier de ce type de programme.

Ainsi, en 2010, le réseau a prévu de multiplier ces ateliers et de les proposer dans différents secteurs du département.

Il est à noter que ce programme est expérimental auprès de notre public de diabétiques.

Il est destiné à être développé au niveau national par la FFEPGV si les résultats sont positifs sur les prochains groupes.

ACT'MARCH® : marque déposée le 4 avril 2005 à l'Institut National de la Propriété Industrielle

(1) FFEPGV : Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire

(2) PNNS : Programme National Nutrition Santé

(3) ACSM : American College Sport of Medicine

(4) CODEP 43 : Comité Départemental d'Éducation Physique de Haute-Loire

(5) FNPEIS : Fond National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire

(6) ALFEDIAM : Association de Langue Française pour l'Étude du Diabète et des Maladies Métaboliques

(7) Éducatifs : exercices répétitifs posturaux et /ou respiratoires permettant d'optimiser l'activité physique

BILAN DU 1ER ATELIER

MATÉRIEL UTILISÉ POUR LES MESURES

Pour les bilans sanguins : même laboratoire pour les bilans biologiques pré et post tests

Pour le poids : pèse personne personnel utilisé dans les mêmes conditions (à jeun le matin et non habillé)

Pour le tour de taille : utilisation du mètre dérouleur « Sanofi Aventis » par les éducateurs, avec même point de repère (ombilic et épine iliaque antérosupérieure)

Taille à la toise lors de l'entretien.

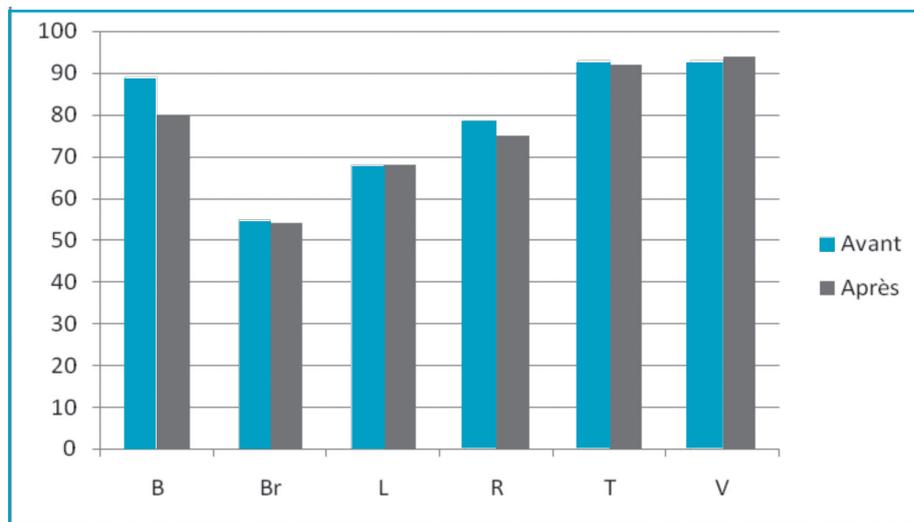
Pour les glycémies capillaires, lors des séances : utilisation par chacun, de son appareil personnel de lecture de glycémie (sauf une personne pendant un mois, utilisation de l'appareil du réseau « One Touch Vita »).

LES RÉSULTATS

Les données ont été recueillies :

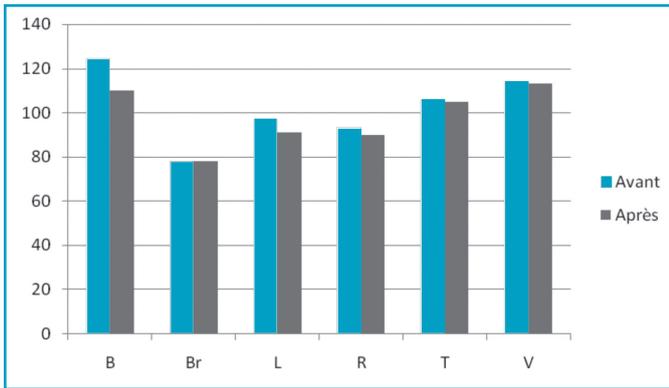
- avant le début du programme : le 03 mars 2009
- après = à la fin du programme : le 16 juin 2009

Poids

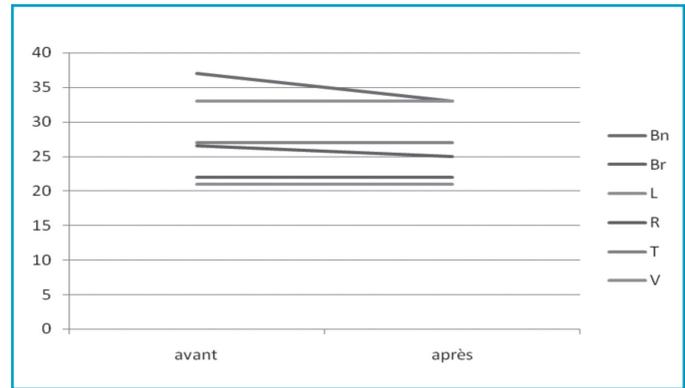


••• suite page 4

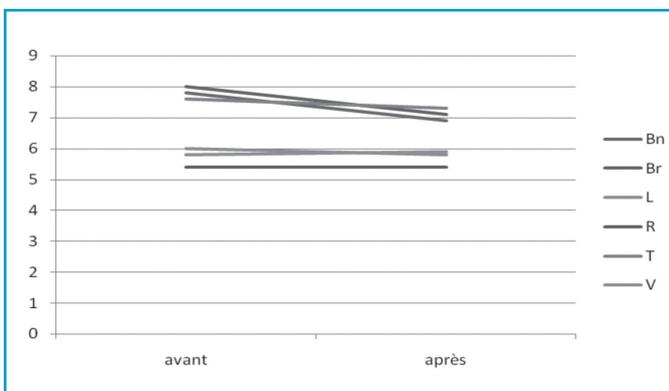
Tour de taille



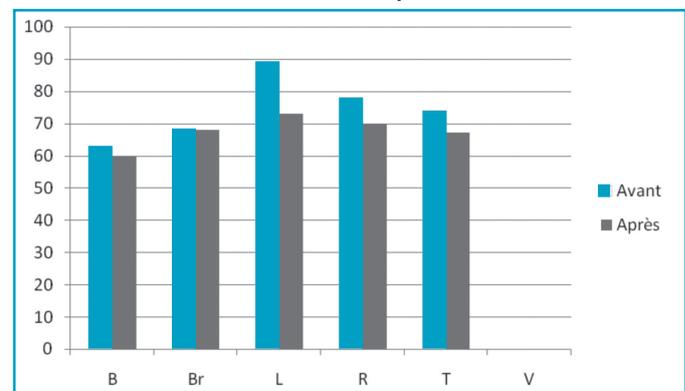
IMC



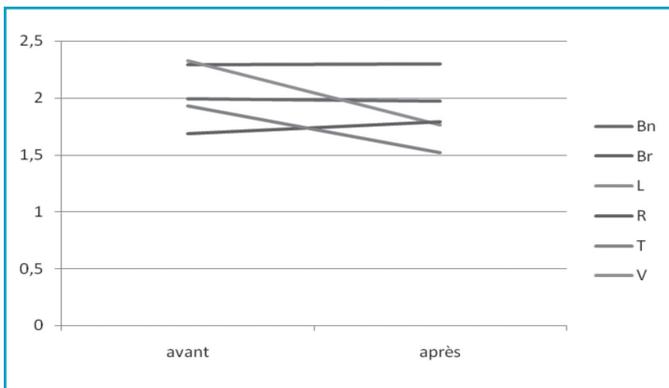
HbA1C



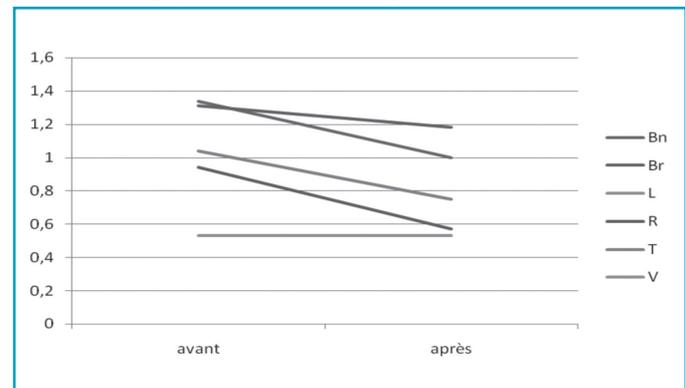
Pouls de repos



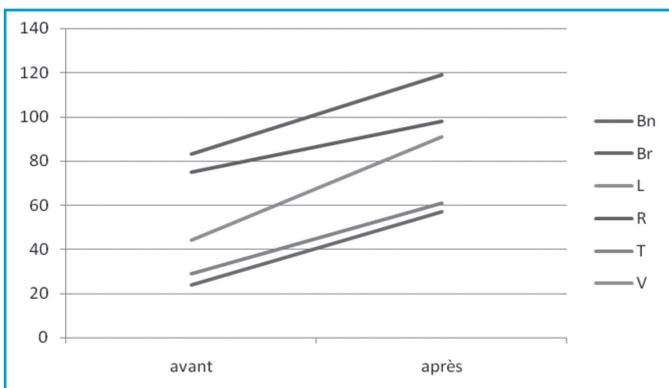
Cholestérol (1 dosage en attente)



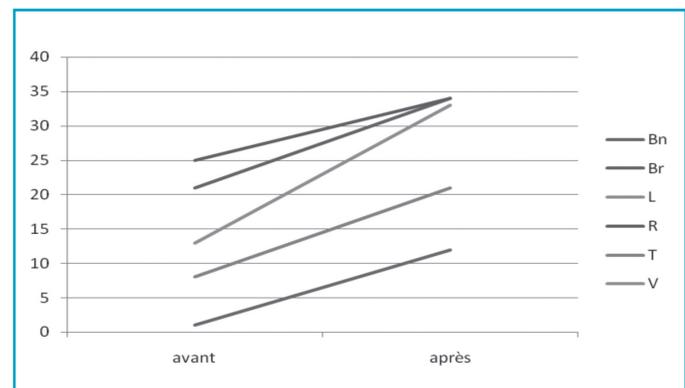
Triglycérides (1 dosage en attente)



Indice de forme



V02

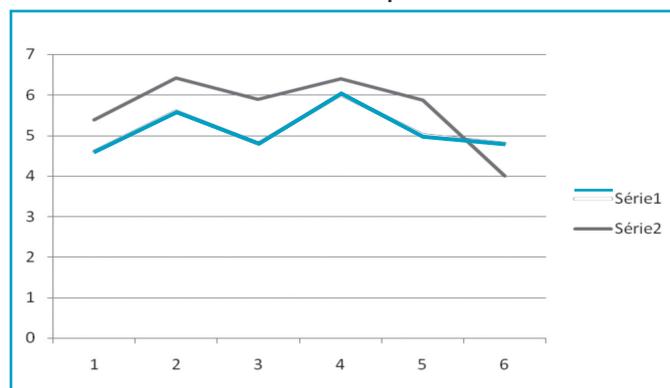


●● suite page 5

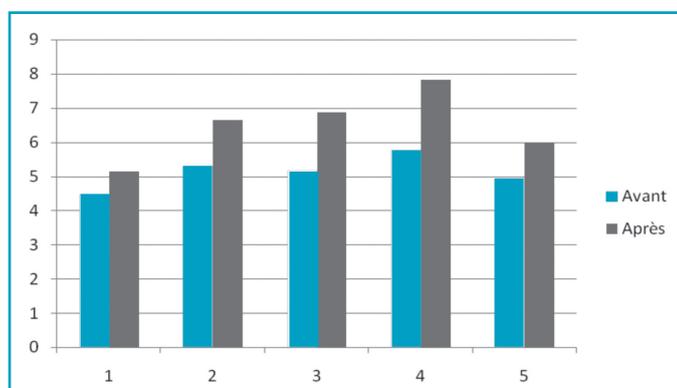
TM6 Individuel



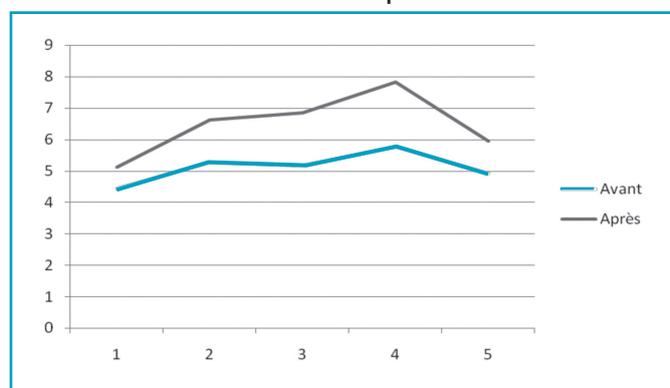
TM6 Groupe



2km Individuel



2km Groupe

**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 Élisabeth	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 VARSAX Julienne
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)

ÉVALUÉ POUR VOUS 2

ÉTUDE SUR LA CONNAISSANCE DU DIABÈTE DE TYPE 2 PAR UN GROUPE DE PATIENTS DIABÉTIQUES DÉSÉQUILIBRÉS

DR BOUDSCOCQ, DR MOLINIER, Mlle SCOTTI, DR MARIMOUTOU, PR DEBONNE

1. INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est en telle expansion dans le monde que le terme d'épidémie est couramment employé pour le qualifier [1]. Il s'agit d'une maladie chronique d'évolution longtemps insidieuse mais qui aboutit en cas de mauvais contrôle prolongé à des complications multiples souvent graves. Il est désormais admis que dans toute maladie chronique l'éducation améliore la prise en charge des patients. Cette éducation dans le diabète doit être exhaustive notamment sur la clinique, les complications, le traitement, l'activité physique et la nutrition [2-12].

Le principal motif d'hospitalisation dans le service de Médecine Interne de l'HIA Laveran en 2005 était le déséquilibre du diabète. Hormis l'éducation diététique, il n'existait pas de programme éducatif structuré du diabète de type 2 au niveau de l'hôpital. Comme l'information médicale peut être perçue différemment par les patients en fonction de multiples facteurs, il était nécessaire de caractériser et d'évaluer la connaissance de la maladie au moyen d'une étude descriptive.

2. BUT DE L'ÉTUDE

Le but de l'étude que nous avons menée était d'analyser la connaissance d'un groupe de 63 patients diabétiques de type 2 hospitalisés dans le Service de Médecine Interne (MIT) de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) « Alphonse Laveran » de Marseille. Cette analyse avait pour objectif d'évaluer la connaissance de la maladie par les patients et de rechercher les facteurs associés afin d'élaborer un projet éducatif efficace sur la population traitée dans le Service de Médecine interne de l'HIA Laveran

3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les objectifs de l'étude étaient de connaître le niveau de connaissances de nos patients et d'analyser leurs lacunes afin d'améliorer notre prise en charge éducative.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude a une méthodologie proche des enquêtes « Connaissance, attitude et pratique ». Un questionnaire sur la maladie diabétique et sur sa prise en charge a été proposé de façon systématisée dans le service aux patients répondant aux critères suivants :

- Diabète de type 2 diagnostiqué depuis plus de 1 an
- Déséquilibre défini par un taux d'HbA1C supérieur à 7% et datant de moins de 2 mois.

Nous avons exclu de l'étude les patients atteints d'une cause chronique de déséquilibre du diabète (Corticothérapie prolongée, infections chroniques ...) et les patients dans l'impossibilité de répondre au questionnaire pendant l'hospitalisation (Maladie neurologique ou psychiatrique chronique ...)

Les diabétiques inclus ont eu un interrogatoire semi-dirigé, dans les 2 jours suivants leur admission, au moyen d'un questionnaire à réponse simple ou multiple. Un membre de la famille ou de l'entourage pouvait traduire, sans aider, les questions posées. Ce questionnaire a été créé en s'inspirant de l'étude « Identification des freins à une meilleure prise en charge des diabétiques de type 2 » de ROOSSENS J.P. publiée en 2000 dans la revue *Diabetes Et Metabolism* [13]. Nous nous sommes également inspirés pour la conception des travaux de l'étude de ROTHMAN [14] sur l'éducation des diabétiques peu lettrés.

Les questions posées nous ont permis de recueillir les données descriptives de la population (Lieu de vie, âge, Poids, taille, BMI, TA...) et des données concernant la connaissance du diabète :

- Définitions (Diabète, hyperglycémie, HbA1C ...)
- Clinique et complications (Signes d'hyperglycémie, complications chroniques ...)
- Moyens thérapeutiques
- Activité physique (Recommandations HAS : 30 minutes minimum d'une activité physique soutenue 3 fois par semaine)
- Diététique

Et facteurs pouvant être associés à la connaissance de la maladie

- Données socioprofessionnelles et culturelles (Profession, langue pratiquée, statut familial ...)
- Données liées au diabète (Durée d'évolution de la maladie depuis le diagnostic, fréquence de consultation, prise en charge diététique ...).

Pour chaque item, nous avons déterminé 4 niveaux de connaissance :

- Pas de connaissance ($0 \leq \text{NOTE} < 2,5$),
- Peu de connaissance ($2,5 \leq \text{NOTE} < 5$),
- Connaissance suffisante ($5 \leq \text{NOTE} < 7,5$)
- Bonne connaissance ($7,5 \leq \text{NOTE} \leq 10$)

Les données ont été analysées au moyen des logiciels Excel® et Stata® version 9.

5. LES RESULTATS

La population étudiée avait une moyenne d'âge de 63,5 ans, un sexe ratio H/F de 0,7 et provenaient à 95 % de la ville de Marseille (53% dans le 13ème arrondissement et 38% dans le 14ème arrondissement qui sont les arrondissements limitrophes de l'Hôpital Laveran).

Il est important de signaler que 29% des patients de notre étude ne savaient pas lire le français. Parmi les 16 % des patients qui ne parlaient pas le français, 90% parlaient l'arabe. Le niveau scolaire du groupe était faible, 68% des malades ayant un niveau inférieur ou égal au certificat d'étude primaire et seuls 8% des malades ayant un niveau équivalent au bac.

Dans notre étude le délai moyen d'évolution de la maladie depuis le diagnostic était de 12 ans et 59% des patients avaient des antécédents d'hospitalisation pour diabète. Deux tiers des patients avaient déjà consulté un endocrinologue. Environ 1/3 des patients avaient consulté dans leur histoire une diététicienne et 56% des patients avaient déjà eu une information détaillée sur les règles de diététique.



••• suite page 7

Vingt deux pourcent des patients ressentait un handicap lié à leur diabète. Aucun patient au moment du recueil de données n'adhérait à un réseau de soins ou à une association.

Les principales données biologiques et biométriques montraient que les patients du groupe de diabétique avaient un taux d'hémoglobine glyquée (HbA1C) moyen de 9,7%, reflet d'un déséquilibre important de leur glycémie. La plupart des malades étudiés avaient un déséquilibre pondéral (la moyenne des indices de masse corporelle (IMC) étant de 29,1 kg/m² (±6,3)). Les femmes étaient majoritairement obèses (57% des femmes) alors que les hommes étaient plutôt majoritairement en surpoids (54% des hommes).

Les résultats concernant la connaissance (Graphique A) montrent que les patients ne connaissaient pas ou peu les définitions ainsi que la clinique et les complications du diabète de type 2. En revanche une majorité connaissait bien ou suffisamment les traitements ainsi que les règles d'activité physique. La connaissance des règles de diététique était suffisamment connue de la population de l'étude.

Les principales lacunes dans la connaissance des définitions du diabète de type 2 portaient sur :

- La définition de l'hémoglobine glyquée pour laquelle 90% des patients ne connaissaient pas la réponse.
- La définition de la glycémie et sa valeur normale pour lesquelles respectivement 52% et 54% des personnes ont donné une mauvaise réponse aux questions.

Les lacunes dans la connaissance de la clinique et des complications de la maladie portaient sur :

- Les signes cliniques d'hyperglycémie pour lesquels seulement 19% des patients ont su donner 2 signes minimum sur les 5 attendus.
- La connaissance du coma qui était inconnu de 63% des patients.
- Les signes cliniques d'hypoglycémie pour lesquels seulement 64% des patients ont donné moins de 2 signes cliniques sur les 5 attendus.

Les signes cliniques d'hyperglycémie les plus fréquemment cités étaient l'asthénie (56%) et la polyuro-polydipsie (19%). Les signes cliniques d'hypoglycémie les plus fréquemment cités étaient le malaise (63%) et les sueurs (32%).

Cinquante six pourcent des patients connaissaient 2 complications chroniques ou plus du diabète de type 2. Les complications les plus fréquemment citées concernaient les complications oculaires (62%), cardiovasculaires (43%) et rénales (35%).

La moitié des patients ont cité au moins 2 des 3 règles de prise en charge du diabète à savoir les règles de diététique et d'activité physique ainsi que les traitements.

La connaissance des règles de diététique était globalement correcte. Cependant l'étude plus détaillée des réponses montrait que plus de la moitié des patients ne connaissent pas certains des aliments à consommer en quantité limitée (fruits, beurre et crème fraîche, œufs, biscottes, viande grasse, jus de fruits sans sucre ajouté) (Tableau 1).

La note minimale obtenue pour le chapitre diététique est 7/16 soit environ 4.3/10.

La note maximale est 14.5/16 soit environ 9/10. La moyenne des connaissances des règles diététiques est 10.8 (+/- 2.1)/16 soit 6.7/10.

La médiane de la connaissance des règles diététiques est de 11/16 [IQR : 9/16 - 12/16].

Les patients connaissent en médiane suffisamment les règles de diététique.

Questions	Pourcentage de réponses correctes
Maigrir est-il important pour un diabétique de type 2 ?	82%
Les aliments influencent-ils le taux de sucre ?	75%
Est-il conseillé de faire 3 repas par jour ?	71%

Tableau des aliments (Tableau 1) :

Comparaison du groupe de l'étude Laveran et du groupe de l'étude de Roossens en ce qui concerne les aliments.

ALIMENTS REP. CORRECTES	Réponse attendue	Groupe de Laveran	Groupe de l'étude de ROOSSENS
Sucre	Déconseillé	86%	90,8%
Confiture	Déconseillé	89%	
Fruits	Quantité limitée	40%	70%
Glaces, Pâtisseries	Déconseillé	89%	78,5%
Beurre, Crème Fraîche	Quantité limitée	46%	61,5%
Œufs	Quantité limitée	41%	56,3%
Légumes verts	Quantité normale	100%	78,7%
Riz, pâtes, pommes de terre	Quantité limitée	79%	70,8%
Fromage	Quantité limitée	67%	62,8%
Biscottes	Quantité limitée	29%	52,8%
Pain	Quantité limitée	57%	62%
Poisson	Quantité normale	95%	75%
Sodas	Déconseillé	87%	90,5%

L'analyse croisée entre les caractéristiques des patients et le niveau de connaissance est présentée Tableau 2. L'âge plus élevé, un bas niveau scolaire, l'absence de maîtrise du français, l'absence de consultation d'une diététicienne, l'absence de prescription d'un régime diététique détaillé, un âge croissant étaient associés à une moins bonne connaissance de 4 items sur 5. Les facteurs associés à une moins bonne connaissance de 2 items sur 5 sont l'absence de consultation d'un endocrinologue et l'absence de handicap ressenti.

Les patients ayant des antécédents de consultation d'une diététicienne ont, de manière significative, une meilleure connaissance de leur maladie à l'exception de la connaissance des recommandations de pratique d'une activité physique, que les patients n'ayant jamais consulté une diététicienne.

••• suite page 8

6. DISCUSSION

En lien avec la loi HPST et les recommandations de l'OMS et son « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 », l'éducation thérapeutique est devenue une priorité pour notre hôpital. Cette étude a constitué un état des lieux des connaissances de nos patients. L'analyse des résultats nous a permis de faire évoluer nos pratiques et en particulier la traçabilité des actions éducatives réalisées par les différents intervenants du service (médecins, infirmiers, diététiciens, mais aussi internes et aide soignants) en fonction du questionnaire d'évaluation à l'entrée.

Les limites de l'étude : Nous n'avons interrogé que les patients hospitalisés, ainsi notre population n'est pas représentative de l'ensemble des diabétiques de type 2. L'effectif dans notre enquête est relativement faible par rapport aux enquêtes antérieures [13, 15-17].

La population de notre étude est en partie superposable aux études antérieures françaises [13, 15, 16] et proche de la population des diabétiques rencontrés en France [18]. Cependant la sur représentation des obèses chez les femmes n'était pas attendu et une étude ultérieure permettrait de déterminer si il existe un lien direct entre sexe, poids et déséquilibre du diabète et les facteurs d'une telle différence (hormonale, culturelle ou alimentaire ...)

Les patients de notre étude n'adhèrent pas à un réseau de soin ou à une association. Est-ce parce que ces patients sont traités dans un « réseau » hospitalier indépendant du réseau Marseille Diabète ? Le manque de recrutement de patients adhérant à ces 2 structures ne nous a pas permis de tester le rôle que pourraient avoir les réseaux en terme de diffusion d'informations.

En comparant notre étude à celle de ROOSSENS, « Identification des freins à une meilleure prise en charge du diabétique de type 2 chez les patients » [13] et à la thèse de DENIS - DI VITTORIO et SALAT, « Diabète de type 2 et éducation thérapeutique: Evaluation du niveau de connaissance et d'investissement personnel chez 76 patients » [16] nous constatons que nos patients ont une moins bonne connaissance des définitions du diabète, de la glycémie, des valeurs normales de la glycémie, de l'hérédité de la maladie. Cette remarque est également valable pour la définition d'hypoglycémie et de la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie.

Cette connaissance est également moins bonne dans la connaissance des règles de diététique et plus précisément des aliments suivants : Sucre, confiture, fruits, beurre,

crème fraîche, œufs, biscottes, pain et soda. Nous retrouvons cependant une connaissance superposable des complications aiguës comme chroniques dans les 2 études. Ces différences peuvent s'expliquer par les différences dans la population (Age, variation dans la connaissance de la langue ...).

De la même manière aucune étude française récente ne montrait de corrélation entre le niveau scolaire et la connaissance du diabète de type 2. Des études étrangères [14, 19, 21-26] ont montré la corrélation entre un bas niveau scolaire et une méconnaissance de la maladie.

L'étude de BRUCE [19] montre que les patients ayant consulté une diététicienne ont une meilleure connaissance de la maladie que les personnes n'ayant jamais consulté. L'étude de DENIS DI-VITTORIO et SALAT [16] retrouve un tel lien chez les patients ayant consulté un endocrinologue.

7. CONCLUSION

L'étude a montré des insuffisances dans la connaissance de nos patients diabétiques, malgré un suivi parfois long de plusieurs années. Elle nous a servi de base pour mettre en place un programme d'éducation thérapeutique plus efficace. Nous avons notamment créé de nouveaux supports visuels et audiovisuels plus adaptés aux différents groupes de populations que nous rencontrons : supports éducatifs et documents en langue arabe (littéraire et argotique), adaptés aux personnes illettrées, adaptés aux cultures alimentaires européennes mais aussi comoriennes ou du maghreb.

Références bibliographiques :

- [1] GRIMALDI, A. Diabète de type 2, une épidémie annoncée. La revue du praticien. Paris: Médecine Science - Flammarion, 2003, 53, p. 1067 - 1068
- [2] HAJDINJAK D. et COKOLIC M. Improvement of control of type 2 diabetes after patient education. 18th International diabetes federation congress. Diabetes Education: Evaluation. Paris. <http://87.234.226.93/easd/customfiles/easd/18IDF/abstracts/2851-2881.pdf>. August 24-29, 2003
- [3] FEJFAROVA V. et JIRKOVSKA A., e.a. The short and long-lasting effect of structured educational programme for patients with type 2 diabetes. 18th International diabetes federation congress. Diabetes Education: Evaluation. Paris. <http://87.234.226.93/easd/customfiles/easd/18IDF/abstracts/2851-2881.pdf>. August 24-29, 2003
- [4] POPLAWSKA E. et ZARZYCKI W.J., e.a. An effectiveness of a short educational course for patients with type 2 diabetes. 18th International diabetes federation congress. Diabetes Education: Evaluation. Paris. <http://87.234.226.93/easd/customfiles/easd/18IDF/abstracts/2851-2881.pdf>. August 24-29, 2003
- [5] KOLOVICS J. et FJULOP N., e.a. Beneficial effect of education on diabetic patient's metabolism. 18th International diabetes federation congress. Diabetes Education: Evaluation. Paris. <http://87.234.226.93/easd/customfiles/easd/18IDF/abstracts/2851-2881.pdf>. August 24-29, 2003
- [6] RICKHEIM P.L., WEAVER T.W., FLADER J.L., et al. Assessment of group versus individual diabetes education. A randomized study. Diabetes care. 2002, 25, 269 - 274
- [7] FREYENS A., BRENDEL F., MAASSEN Ch., et al. Programme pluridisciplinaire d'éducation à la santé de patients diabétiques de type 2 traités à domicile. Rev Med Liege. 2005, 60, 5-6, p. 604 - 611
- [8] MILLER C.K. et al. Nutrition education improves metabolic outcomes among older adults with diabetes mellitus: Results from a randomized controlled trial. Preventive Med. 2002, 34, p. 252 - 259
- [9] SCHALCH A. Evolution of a psycho-educational nutritional program in diabetic patients. 18th International diabetes federation congress. Diabetes Education: Evaluation. Paris. <http://87.234.226.93/easd/customfiles/easd/18IDF/abstracts/2851-2881.pdf>. August 24-29, 2003
- [10] NORRIS S.L. LAU J., SMITH S.J., et al. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. Diabetes care. 2001, 24, 561 - 587
- [11] NORRIS S.L. ENGELNAU M.M., VENKAT-NARAYAN K.M. Self-management education for adults with type 2 diabetes. Diabetes care. 2002, 25, p. 1159 - 1171
- [12] BROWN A.A., BLOZIS S.A., KOUZEKANANI K., et al. Dosage effects of diabetes self-management education for Mexican Americans. Diabetes care. 2005, 28, p. 527 - 532
- [13] ROOSSENS J. P. POULALION L., BEIGBEDER I., et al. Identification des freins à une meilleure prise en charge du diabétique de type 2 chez les patients. Diabetes Et Metabolism (Paris). 2000, 26, p. 77 - 85
- [14] ROTHMAN et al. The spoken knowledge in low literacy in diabetes scale. A diabetes knowledge scale for vulnerable patients. The diabetes educator. 2005, 31 n°2, 215 - 224
- [15] ANCREC (Association Nationale de Coordination des Réseaux de Soins aux Diabétiques). Bilan de l'état de santé des personnes diabétiques et de leur prise en charge. Premiers résultats de l'étude nationale sur le diabète Entred. Conférence de presse du mardi 29 juin 2004. <http://www.invs.sante.fr/publications/entred/>
- [16] DENIS - DI VITTORIO A. et SALAT V. Diabète de type 2 et éducation thérapeutique: Evaluation du niveau de connaissance et d'investissement personnel chez 76 patients. Thèse pour le doctorat de médecine de Tours. 2002, n°3083 et 3084
- [17] NDIAYE F.K. Le diabète de type 2 à la clinique Marie Louise Brevie de l'hôpital principal de Dakar (étude descriptive à propos de 111 cas). Thèse pour obtenir le diplôme de docteur en médecine de Dakar. 2005, N°5
- [18] SIMON D. Données épidémiologiques sur le diabète de type 2. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2002, 20-21, p. 86
- [19] BRUCE D.G. DAVIS W.A., CULL C.A., et al. Diabetes education and knowledge in patients with type 2 diabetes from the community. Journal of Diabetes and Its Complications. 2003, 17, p. 82 - 89
- [20] HSU W.C. CHEUNG S., ONG E., et al. Identification of linguistic barriers to diabetes knowledge and glycemic control in chinese americans with diabetes. Diabetes care. 2006, 29, p. 415 - 416
- [21] ANGELES-LLERENAS, A. CARBARAL-SANCHEZ N., ALLEN B., et al. Gender, body mass index and socio-demographic variables associated with knowledge about type 2 diabetes mellitus among 13 293 Mexican students. Acta Diabetol. 2005, 42, p. 36 - 45
- [22] BROWN S.A. HARRIST R.B., VILLAGOMEZ E.T., et al. Gender and treatment differences in knowledge, health beliefs, and metabolic control in Mexican Americans with type 2 diabetes. The diabetes educator. 2000, 26, n°3, p. 425 - 438
- [23] JABBAR A. CONTRACTOR Z., EBRAHIM M.A., et al. Standard of knowledge about their disease among patients with Diabetes in Karachi, Pakistan. J. Pak. Med. Assoc. 2001, 51 n°6, p. 216 - 218
- [24] MURATA G.H. SHAH J.H., ADAM K.D., et al. Factors affecting diabetes knowledge in type 2 diabetic veterans. Diabetologia. 2003, 46, p.1170 - 1178
- [25] OKADA S. MIYAI Y., ICHIKI K., et al. What factors are involved in the knowledge necessary for the self-management of diabetic patients. Acta Med Okayama. 1993, 47 n°2, p. 91-94
- [26] SALEH F., AKTER F., AHMED K.R., et al. Knowledge, attitude and practices of Bangladeshi type 2 diabetic subjects about their disease and management. 18th International diabetes federation congress. Diabetes Education: Evaluation. Paris. <http://87.234.226.93/easd/customfiles/easd/18IDF/abstracts/2851-2881.pdf>. August 24-29, 2003

diabète et pédagogie

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE INTÉGRÉE AUX SOINS DE PREMIER RECOURS » PRÉSENTATION D'UN RAPPORT DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE PUBLIÉ EN NOVEMBRE 2009

BRIGITTE SANDRIN-BERTHON - PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES CHRONIQUES -HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE. DIX RECOMMANDATIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN FRANCE. 13 JUIN 2008

Environ 15 millions de personnes sont atteintes de maladie chronique en France et cet effectif est appelé à augmenter rapidement dans le futur en raison du vieillissement de la population. Pour bon nombre de ces pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications. Compte tenu de l'ampleur des besoins, l'éducation thérapeutique ne peut pas être assurée par les seuls établissements hospitaliers : elle devrait s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. Elle nécessite donc l'implication des professionnels de santé de proximité.

Or, en 2008, la Société française de santé publique constatait que « la plupart des malades chroniques ne [bénéficiaient] d'aucun programme d'éducation thérapeutique ». Faut-il en déduire pour autant qu'ils ne bénéficient d'aucune éducation thérapeutique, autrement dit qu'aucun soignant ne se préoccupe de les aider à prendre soin d'eux-mêmes ?

Plus vraisemblablement, une activité d'éducation thérapeutique se pratique de façon plus ou moins formalisée sur le territoire : à côté des programmes – qui évoquent un processus limité dans le temps, dont le contenu et le déroulement sont précisés à l'avance – il existe une éducation thérapeutique intégrée à la pratique des professionnels de premier recours, en particulier à celle du médecin traitant. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) s'est appliqué à décrire cette activité puis à identifier les mesures qui permettront son développement et son articulation avec les programmes mis en œuvre par diverses structures.

Pour favoriser le développement rapide et structuré d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours, le HCSP propose quatre orientations stratégiques qui se déclinent en quatorze recommandations, dont les principales sont mentionnées ci-dessous.

Le rapport du HCSP est consultable dans son intégralité sur le site Internet : www.hcsp.fr

CHANGER D'ÉCHELLE

Qu'elles aient été impulsées par des professionnels (regroupés ou non en réseau), par des associations, par des régimes d'assurance maladie ou par les services de l'État, qu'elles aient été financées par des fonds publics ou privés, les expériences visant à développer l'éducation thérapeutique de proximité ne manquent pas. Il s'agit maintenant d'en tirer enseignement pour installer un dispositif généralisé et pérenne.

- Etablir, pour les personnes atteintes de maladie chronique, un forfait d'éducation thérapeutique leur permettant de bénéficier, une fois par an, d'une évaluation de leurs besoins dans ce domaine et d'un programme personnalisé d'activités (activités individuelles et/ou collectives pouvant être mises en place par un réseau, une maison pluridisciplinaire de santé, des professionnels libéraux qui travaillent ensemble, une association ou un établissement hospitalier, dans le cadre des programmes prévus par la loi HPST)
- Soutenir, via les Agences régionales de santé, la mise en place de nouvelles organisations professionnelles, permettant le développement de l'éducation thérapeutique au sein des territoires en lien avec les services spécialisés, en finançant notamment les temps de concertation, de coordination, de formation pluri professionnelle à l'éducation thérapeutique et les systèmes de partage d'informations

INVERSER LA PERSPECTIVE

De nombreux établissements et service hospitaliers ont mis en place des programmes structurés d'éducation thérapeutique et déplorent que le relais ne soit pas pris par les professionnels de santé de proximité, quand le patient quitte l'établissement ou quand il habite trop loin. Plutôt que vouloir exporter ou prolonger ce qui se fait en milieu hospitalier, il faut s'intéresser d'abord à l'éducation thérapeutique de premier recours : reconnaître et valoriser le rôle du médecin traitant dans

ce domaine, prendre en compte ce que font ou ce que pourraient faire les professionnels de santé de proximité en matière d'éducation thérapeutique et utiliser les programmes hospitaliers en deuxième intention, comme un recours spécialisé.

- Valoriser le rôle du médecin traitant en tant que premier acteur de l'éducation thérapeutique du patient et principal coordonnateur
- Reconnaître plusieurs modalités d'implication des professionnels de santé de proximité dans l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique avec, pour chaque modalité, des activités définies, des exigences de formation et des financements adaptés

RAISONNER PAR TERRITOIRE

Une personne peut souffrir de plusieurs maladies chroniques. Les médecins généralistes et les infirmiers libéraux sont potentiellement concernés par toutes les pathologies. Ces deux constats invitent à imaginer un cadre commun d'organisation de l'éducation thérapeutique sur un territoire, plutôt qu'une juxtaposition de dispositifs différents conçus pathologie par pathologie.

- A partir d'une analyse de l'existant, définir, au niveau de chaque région, un schéma d'organisation et un plan de développement de l'éducation thérapeutique
- Soutenir, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, l'organisation de formations réunissant les différents professionnels de santé d'un même territoire (favorisant ainsi la mise en place d'une éducation thérapeutique « multi professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle », comme préconisé par la Haute Autorité de santé)

ELARGIR LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Il est indispensable d'adapter la formation initiale des professionnels de santé aux réalités de la maladie chronique. Ce sont les facultés de médecine qui sont le plus en retard dans ce domaine. Pour que les médecins soient mieux

••• suite page 10

à même de soigner et d'accompagner les patients au long cours, il faut donner une vraie place aux sciences humaines et sociales dans la formation, aborder systématiquement la prévention, l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique dans les cours et dans les stages, former les étudiants à la relation avec les patients et à l'écoute et, enfin, recourir à des modalités d'évaluation qui permettent d'apprécier les compétences réellement acquises dans ces domaines.

- Pour les médecins, intégrer au deuxième cycle des études un enseignement permettant de pratiquer l'éducation thérapeutique (formation à l'écoute, à la relation d'aide, à l'approche centrée sur le patient...) sur la base d'un cahier des charges national avec prise en compte dans l'examen national classant
- Pour tous les professionnels de santé
- Rendre obligatoire, au cours des études, la réalisation d'un stage dans un service, un

réseau, une association ou auprès d'un professionnel qui pratique l'éducation thérapeutique du patient

- Evaluer, notamment par des mises en situation, les compétences acquises par les étudiants dans les domaines de l'écoute, de la relation avec le patient, de la prise en charge de la maladie chronique, de l'éducation thérapeutique
- Inscrire l'éducation thérapeutique dans les thèmes prioritaires de formation continue

de la théorie à la pratique

EDUCATION, ALIMENTATION ET PRÉCARITÉ

PRIX DAWN 2010

CHRISTINE KAVAN, DIÉTÉTICIENNE, UNITÉ TRANSVERSALE POUR L'ÉDUCATION DES PATIENTS (UTEP)

MARTINE BILLARD, CADRE SOCIO-ÉDUCATIF, SERVICE SOCIAL - CÉCILE ZIMMERMANN, MÉDECIN RESPONSABLE UTEP

ALFRED PENFORNIS, CHEF DE SERVICE - CHU DE BESANÇON

L'évolution sociale actuelle de notre pays, en raison de nombreuses mutations socio-économiques, est fortement marquée par une progression de la précarité. Au delà de situations d'extrême exclusion, souvent fortement médiatisées, ce sont des millions de personnes qui vivent dans un état d'instabilité sociale, génératrice de vulnérabilité, que tout évènement, quel qu'il soit -perte de travail, expulsion du logement, rupture conjugale, deuil, départ en retraite, mais aussi maladie-, peut faire basculer dans la pauvreté. Le Haut Comité de la Santé Publique estimait déjà en 1998, que le phénomène de précarisation, au sens de l'absence d'une ou plusieurs sécurités, touchait 20 à 25% de la population totale vivant en France, soit 12 à 15 millions de personnes [1] ! En outre, il est démontré que ces personnes sont plus souvent touchées par certaines pathologies telles que le diabète de type 2, l'obésité et les maladies cardio-vasculaires [2], dont la nutrition est l'un des déterminants majeurs. Ces maladies sont ensuite d'autant plus difficiles à prendre en charge que les difficultés économiques représentent un frein majeur au suivi des conseils diététiques. L'hôpital public est particulièrement concerné par l'accueil et le soin des personnes précaires, c'est d'ailleurs une de ses missions d'assistance fondamentale, qui a été réaffirmée en 1998 lors de la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Au CHU de Besançon, au printemps 2007, une rencontre entre l'Unité Transversale pour l'Éducation du Patient (UTEP) et le service social a permis de pointer les difficultés rencontrées par les diététiciennes et les assistantes sociales, quel que soit le service dans lequel elles interviennent : concilier au quotidien, pour les patients, conseils diététiques adaptés à la pathologie et situation socio-économique précaire.

Un projet professionnel transversal, copiloté par l'UTEP et le service social, a vu le jour et a été validé à l'automne 2007 par les instances de l'hôpital. Son objectif principal est de mieux prendre en compte l'environnement socio-économique des patients dans leur prise en charge éducative et plus spécifiquement diététique.

Un groupe de pilotage multidisciplinaire d'une quinzaine de personnes, réunissant assistantes sociales, diététiciennes, personnels de soins et un représentant des associations de patients, a été constitué et a dégagé 2 grands axes de travail :

- ① Réaliser un état des lieux des dispositifs et structures extérieures existants dans la région en matière d'aide alimentaire, et recenser ou développer des outils éducatifs diététiques spécifiques pour des patients disposant de "petits budgets".
- ② Améliorer, à l'hôpital, le « repérage » des patients en situation de vulnérabilité (hors accès par la PASS).

Le 1er axe a été travaillé tout au long de l'année 2008 et s'est poursuivi en 2009.

Les informations déjà disponibles au service social ont été collectées puis complétées par la visite en binôme d'une assistante sociale et d'une diététicienne, auprès des principales associations d'aide alimentaire de notre département (banque alimentaire, restos du cœur, secours populaire, épiceries sociales etc.). Au final, ce sont plus de 60 associations qui ont été recensées dans le Doubs avec, pour chacune d'elles, des impératifs d'ordre géographique pour le bénéficiaire, des conditions d'accès précises et une grande diversité d'offres (repas, colis, épicerie sociale). Le nombre et la complexité de ces données recueillies nous ont alors incités à créer une fiche synthétique pour chaque association et surtout à concevoir un site intranet pour les organiser et faciliter leur accès et leur utilisation par les soignants.

Ce même travail d'état des lieux devrait s'effectuer sur les 3 autres départements de Franche Comté à l'initiative des services sociaux départementaux ou des banques alimentaires.

Nous avons également constaté qu'il ne suffit pas de donner une adresse d'association pour que les personnes s'y rendent et qu'il est nécessaire de faciliter leur venue, de les aider à franchir le pas. Après réflexion, nous avons conçu une lettre de liaison remplie par



●●● suite page 11

le professionnel de santé et remise au patient qui se charge de la transmettre à l'association. Nous avons également préconisé qu'un premier contact téléphonique soit établi par le soignant, en présence du patient, pour expliquer la situation. Une première évaluation de ce mode de fonctionnement a montré une amélioration de la venue des patients dans les associations.

• En parallèle, pour des patients disposant de « petits budgets » et ne relevant pas des structures précédentes, nous avons essayé de recenser les outils éducatifs diététiques spécifiques existants sur l'équilibre alimentaire. Il est important de rappeler que si, théoriquement, il est possible de manger de manière équilibrée avec 3,5 € par jour, cela constitue un véritable défi et souvent un bouleversement tant dans les habitudes d'achats, de préparation, que de consommation qu'il faudra parvenir à concilier avec les dimensions sociales, culturelles et symboliques de la nourriture.

Peu d'outils ont pu être recensés et c'est pourquoi un groupe de travail va se mettre prochainement en place, avec le service diététique et social, une stagiaire en économie sociale et familiale et une conseillère travaillant en épicerie sociale, en vue d'élaborer des supports pédagogiques mieux adaptés à cette problématique et qui pourraient « soutenir » une éducation nutritionnelle personnalisée. Ils seront ensuite disponibles et accessibles pour tous les soignants sur le site intranet.

Ces outils pourront s'adresser à tout patient pour lequel le suivi d'une alimentation équilibrée est recommandé, notamment, des patients en surpoids ou obèses, diabétiques de type 2 ou porteurs d'une pathologie cardiovasculaire. Il est prévu, dans un second temps, que le service diététique adapte ces outils aux impératifs nutritionnels imposés par d'autres pathologies

LE SITE INTRANET ACTUEL

Dans un premier temps, ce site a été réalisé par un étudiant informaticien, Damien PETIT, qui a effectué un stage de 6 semaines dans notre service.

Son accès intranet par l'ensemble du personnel hospitalier est effectif depuis janvier 2010.

A la demande de la banque alimentaire, des associations caritatives, mais aussi des professionnels de santé extra-hospitaliers, ce site devrait prochainement devenir accessible en internet avec différentes modalités d'accès (grâce aux financements de l'association Diabète Franche Comté Services.)

Au final, chaque service de soins du CHU, en fonction de son organisation, pourra s'approprier ces outils et proposer, selon le degré de difficulté économique rencontré par les patients :

- soit une démarche d'accompagnement et de mise en lien hôpital-ville, pour les plus démunis, en les informant des possibilités d'aide alimentaire d'urgence ou régulière et en facilitant leur venue,
- soit une démarche éducative "diététique" personnalisée, intégrant la prise en compte du budget alimentaire, du contexte de vie, des goûts et habitudes, des difficultés mais aussi des ressources et possibilités du patient, pour l'aider à approcher au mieux les recommandations diététiques adaptées à sa pathologie.

2ème axe de travail

Les outils mis en place n'ont de sens que si les patients en difficulté sont « repérés » lors de leur venue à l'hôpital. Or, si la grande pauvreté est souvent bien identifiée, la difficulté reste entière, lorsqu'il s'agit de repérer, à partir d'une prise en charge habituelle, toute une frange de la population (jeunes, familles monoparentales, travailleurs pauvres, chômeurs, retraités, personnes âgées, immigrants ...) plus ou moins bien insérée dans la société, présentant une précarité moins palpable, plus « subjective » et qui n'en fait pas état spontanément. Ces personnes relèvent néanmoins d'un accompagnement social ou d'une adaptation des conseils, notamment diététiques, qui peut s'avérer primordial pour éviter de compromettre l'efficacité des soins prescrits et une dégradation de leur qualité de vie. Au regard des nombreuses pathologies susceptibles d'être développées par cette population, c'est quasiment l'ensemble des services hospitaliers qui est concerné par cette problématique. Le personnel de soin est donc en première ligne pour ce "repérage", mais peut-il le faire ? Quand ? Comment ? Dans quelles conditions ? De quels outils dispose-t-il ?

Dans notre contexte de travail actuel, il faut bien reconnaître que nous nous sentons en général, tout soignant confondu, en grande difficulté pour la prise en charge de ces patients.

Dans le cadre d'un mémoire de DU d'éducation du patient, un état des lieux, sur la base d'entretiens semi-directifs menés auprès de patients et de soignants, a été réalisé dans l'établissement en juin 2009. Il a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- De nombreux supports de recueil d'informations existent déjà mais ne sont pas toujours exploités, partagés ni analysés. Il ne paraît pas nécessaire d'en créer de supplémentaires.
- Les patients en situation de vulnérabilité sont principalement en demande d'écoute, de respect, de confidentialité, de mise en confiance, de temps pour pouvoir se livrer plus facilement.
- Les soignants sont en difficulté pour aborder cette problématique. « Pas à l'aise », « peur de blesser », « pas de solution », « tabou » sont les termes qu'ils avancent le plus souvent. Ils sont demandeurs d'information, de formation, de réflexion d'équipe, d'outils, de temps et de légitimité.

En conclusion, ce travail révèle qu'une des pistes d'amélioration se trouve au cœur de la relation soignant-soigné, pilier de l'éducation thérapeutique. Celle-ci, par les compétences relationnelles qu'elle cherche à développer chez les soignants, mais aussi par le concept d'une prise en charge globale, centrée sur le patient, avec des temps formalisés de bilans partagés, ne peut que faciliter l'identification des difficultés du patient. L'UTEP, par les formations à l'éducation thérapeutique qu'elle propose aux personnels hospitaliers met l'accent sur l'exploration de la dimension sociale dans la prise en charge éducative d'un patient.

La complexité de cette problématique met également en évidence l'importance d'un vrai travail en interdisciplinarité avec prioritairement comme objectif de mieux connaître les compétences de chaque membre de l'équipe et de développer l'intégration de l'assistante sociale dans le travail d'équipe. C'est ainsi que tout soignant, dans le respect des compétences de chacun, pourra œuvrer vers un but commun, celui d'accompagner et d'aider le patient en situation de précarité à prendre soin de lui-même.

Exemple de la démarche qui sera proposée dans le service de Diabétologie

Contacts : Christine KAVAN (ckavan@chu-besancon.fr)
Martine BILLARD (mbillard@chu-besancon.fr)

Références bibliographiques :

- [1] Avis et rapports du Haut Comité de Santé Publique « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » (1998) - www.hcsp.fr
- [2] Cambois. E. « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », in travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004 ; La documentation Française ; Paris 2004

autres pathologies chroniques

LE GRAMM :

UNE EXPÉRIENCE DE SUIVI EN LIBÉRAL DE FEMMES OBÈSES EN GROUPE SUR UNE ANNÉE; BILAN DE 3 ANNÉES DE FONCTIONNEMENT ET ÉVALUATION

INTRODUCTION : LA PROBLÉMATIQUE

1) Qu'est ce que le GRAMM ?

Groupe de Recherche et d'Accompagnement des Modifications du Mode de vie ; ou, comme le définit la plaquette de présentation :

un groupe de développement personnel pour accompagner les changements de comportement alimentaire et d'hygiène de vie sur 10 séances dans l'année, animées par un médecin nutritionniste et une psychologue.

Sa devise : « bien dans son assiette, bien dans ses baskets, bien dans sa tête »

Son objectif: permettre à des personnes en surpoids d'acquiescer:

1 des connaissances:

- sur l'équilibre alimentaire,
- la relation stress-nourriture
- la balance énergétique, etc..

2 des compétences:

- savoir faire ses courses,
- choisir son menu au restaurant
- pratiquer une activité physique selon ses goûts et ses aptitudes

3 un savoir être: image de soi, estime de soi, relation à l'autre, à la société...

2) A quel(s) besoin(s) répond le GRAMM ?

Notre démarche, en créant cet accompagnement pour des femmes en surpoids et en souffrance ayant déjà expérimenté plusieurs tentatives de régime, avec à chaque fois rechute : reprise pondérale (le fameux yoyo) s'accompagnant d'une perte de l'estime de soi, était de leur proposer une autre approche du problème, psycho-comportementale, plus que purement diététique, pour les aider à modifier leurs comportements, sur le plan alimentaire mais aussi de l'activité physique de manière le plus durable possible en se les appropriant grâce à la dimension de thérapie de groupe.

Nos séances ont lieu une fois par mois et le contrat porte sur 10 séances mais l'effet est rémanent bien au-delà, grâce entre autre à l'intimité qui se tisse entre les participantes et qui les encourage dans la durée : elles créent des liens d'amitié, et continuent à faire

ensemble des activités sportives ou autres et s'entraident à maintenir leurs engagements.

En effet la méthode d'analyse transactionnelle (AT) implique d'élaborer au début un contrat, et ce contrat, les autres membres du groupe en sont témoins et sont solidaires de celle qui a pris cet engagement pour l'aider à le respecter, bien au-delà des 10 séances.

3) Qui anime ce groupe ?

- un médecin endocrinologue diabétologue, formé aux TCC et souhaitant apporter à ces patientes en quête du traitement « miracle » de l'obésité un autre point de vue sur leur pathologie et une écoute qui demande un temps que l'on n'a pas en consultation et un abord plus psychologique dans certains cas, sans pour autant « botter en touche » en l'adressant à un psychologue, démarche qu'elles acceptent rarement de faire. Là, au lieu de les « envoyer chez le psy » c'est la psy qui vient à elles :

- une psychologue psychothérapeute formée à l'Analyse Transactionnelle.

4) Qui sont les participantes ?

Et pourquoi n'y accepter que des femmes ?

Dans le domaine de l'obésité, l'expérience montre que la souffrance à l'origine de la constitution de cette obésité pendant la phase d'hyperphagie a souvent trait à des problèmes concernant la sexualité. Même si ces problèmes ne peuvent pas être traités dans ce groupe qui n'est pas un groupe thérapeutique classique, ils peuvent resurgir à l'occasion d'un travail qui fait émerger une prise de conscience du lien entre des faits plus ou moins anciens, voire enfouis et les comportements alimentaires. Les règles classiques d'AT (confidentialité, etc) permettent une confiance et une intimité entre les participantes telles que ces souvenirs douloureux puissent être évoqués avec beaucoup de pudeur.

Tous les âges sont représentés et s'enrichissent mutuellement de leur différence : sur 3 années : 2007, 2008 et 2009, soit 24 patientes, la plus jeune avait 21ans ; l'ainée 65 ans Leur IMC allait de 28 à plus de 40 ; certaines avaient un anneau gastrique.

A noter qu'au GRAMM, contrairement aux méthodes plus traditionnelles, il n'y a pas de balance sur place, chacune déclarant lors des séances sa perte ou sa prise de poids.

PROGRAMME DU GRAMM:

1ère séance : présentation du programme de l'année

et des règles en AT : confidentialité, respect, tolérance, engagement...

- tour de table de présentation des participantes et de leurs objectifs
- définition du Contrat en AT « qu'un enfant de 5 ans doit pouvoir comprendre » et commençant par « je vais... » auquel elles doivent réfléchir pour la prochaine séance, avec pour consigne de se donner des objectifs réalistes, réalisables et mesurables.

2ème séance : la balance énergétique ;

méthode : Métaplan « qu'est ce que c'est pour vous la nourriture ? » : 3 post-it

objectif : sortir les croyances, les représentations et les connaissances concernant la nourriture.

- questionnaire d'évaluation du niveau d'activité physique
- remise de podomètres et de carnets pour inscrire le nombre de pas /jour
- distribution de cahiers non pas d'enquête alimentaire mais type « journal de bord » selon Apfeldorfer, où elles noteront ce qu'elles mangent, dans quelles circonstances et dans quel état d'esprit, ainsi que leur faim avant, et leur satiété après.
- prêt de livres concernant les troubles du comportement alimentaire, la motivation, etc...

3ème séance : présentation des états du MOI en AT => élaboration du contrat

- un outil : l'assiette PAE (sur le modèle de l'assiette PLF= protéine, légumes, féculent, divisée en 3 parties) pour travailler sur le Parent, l'Adulte et l'Enfant, et les injonctions reçues depuis l'enfance concernant la nourriture.



●●● suite page 13

• rédaction du contrat : chacune expose son projet, le soumet au groupe qui fait des retours. Puis chaque participante l'inscrit, le date et le signe et le groupe s'engage à l'aider à le remplir.

4ème séance : la balance motivationnelle

Un temps de restitution: est-ce qu'elles ont repéré dans leurs cahiers des circonstances ou des émotions qui influencent leur façon de manger ?

Explication : en TCC on a identifié la cascade : événement => pensée => émotion => comportement (automatique) que je veux modifier ; à quel niveau intervenir ?

Travail individuel sur la balance motivationnelle pour réfléchir aux avantages/inconvénients du statu quo et du changement du comportement qu'on veut modifier.

Ce travail aide à sortir de l'ambivalence en n'éluant pas la difficulté à envisager le changement en sacrifiant forcément certains bénéfices secondaires de la situation actuelle.

5ème séance : motivation

Travail en binôme selon le modèle élaboré par l'équipe d'Alain Golay :

- 1) imaginez une situation que vous aimeriez changer
- 2) pourquoi aimeriez-vous changer cette situation ?
- 3) comment comptez-vous vous y prendre ?
- 4) quelles sont vos 3 bonnes raisons de le faire ?
- 5) sur une échelle de 0 à 10, à quel niveau situez-vous l'importance de faire ce changement ?
- 6) sur une autre échelle de 0 à 10, quel niveau de confiance avez-vous en vous d'y parvenir ?

Exercice de visualisation /relaxation « imaginez-vous au poids souhaité (réaliste !) ou en train de faire ce que vous avez décidé »

Distribution de l'agenda de motivation de Maurice Larocque « je suis à mon poids désiré de ...et je m'aime »

Exercice pour le mois à venir : noter chaque jour un avantage à être plus mince aujourd'hui

6ème séance : image de soi – estime de soi et signes de reconnaissance

Les signes de reconnaissances (strokes) : positifs ou négatifs,

apprendre à en donner, à en recevoir (plus difficile), et à s'en donner (le plus dur !).

Par ex : savoir se féliciter pour les progrès réalisés vers l'objectif : la réalisation du contrat.

Exercice pour la prochaine séance : se féliciter pour les étapes franchies, les obstacles contournés.

Remplir un auto-test sur l'estime de soi, pour prendre conscience que l'on se juge souvent de façon négative et que l'acceptation de soi (= tolérer ses imperfections) est une démarche incontournable car on change d'autant plus facilement qu'on s'accepte ;

Le but : se réconcilier avec soi, avec son image, ne pas rester dans le blocage, la rumination.

« C'est d'avantage en travaillant sur l'image que nous avons de nous-mêmes, plutôt que sur celle que nous renvoyons, que nous parviendrons à dépasser nos complexes. » J-D Nasio, auteur de *Mon corps et ses images* (Payot, 2007)

7ème séance : savoir dire NON et apprendre à déjouer les sabotages

Il est difficile de dire NON, cela renvoie à assertivité et confiance en soi

- difficulté au niveau social : NON = mauvaise éducation !
- au niveau intime : peur de ne plus être aimé, car le non sépare

Utilisation du jeu de rôle pour que les participantes s'entraînent à refuser les tentations et à résister au « forcing » des amis « bien intentionnés ». On peut également s'aider du « questionnaire pour un partenaire idéal » et du « contrat de collaboration » élaborés par Maurice Larocque, documents pleins d'humour que devrait signer le conjoint de toute personne entreprenant un régime ; à défaut de pouvoir les faire signer, ces documents font prendre conscience à la participante que ce n'est pas elle qui est mal élevée de refuser mais que ce sont ceux qui insistent qui manquent de savoir-vivre !

8ème séance : Habiter son corps

inspirée de l'atelier de danse-thérapie présenté par Solange Muller-Pinget.

objectifs = changer par l'expression corporelle

- apprendre à évaluer et mesurer les tensions intérieures
- et à investir l'espace personnel (la kinésphère)

Cet atelier permet de revenir sur le bien-être apporté par l'activité physique et peut déboucher sur des projets concrets d'activité individuelle ou en groupe, les participantes ayant tissé des liens amicaux, apprécient de se retrouver pour faire de l'aquagym, par exemple : elles s'entraînent et s'encouragent mutuellement. Cela répond à l'un des objectifs du GRAMM : « bien dans ses baskets »

9 ème séance : Stress et nourriture

objectif : savoir reconnaître quand nous avons faim et éviter de manger pour satisfaire d'autres besoins comme calmer une colère ou combler une frustration ; donc savoir identifier nos stress et nos émotions.

Méthode = Méta-plan « citer 3 situations qui génèrent un stress qui pourrait vous inciter à manger »

Débriefing = expliquer la dérégulation entraînée par le stress, la fatigue et l'angoisse.

10 ème (et dernière) séance : réunion bilan et travail sur la restriction cognitive

1) atelier chocolat, inspiré de A-M Dalix

Objectif : travailler sur la restriction cognitive dont les conséquences négatives sont :

- comportement d'amasement de nourriture (par ex. chez le rat)
- troubles graves (dépression, boulimie) par disparition des signaux internes de faim/satiété.
- Pour sortir de ce cercle infernal : retrouver les critères internes de faim / appétit, de rassasiement / satiété, ainsi que les goûts et les préférences alimentaires

2) Bilan en binôme :

Evaluation en individuel des modifications de comportement grâce aux EVA portant sur :

- capacité à exprimer ses besoins
- capacité à dire Non
- signes de reconnaissance : capacité à en recevoir
 - à en demander
 - à s'en donner
- gérer la nourriture récompense
- gérer la nourriture par rapport aux émotions
- trouver du plaisir à bouger
- acceptation de soi avec bienveillance

où vous situez-vous par rapport à votre contrat ?

En binôme : Où en suis-je aujourd'hui par rapport à ces modifications de comportement ? et par rapport à mon contrat ?

- qu'est ce qui a changé depuis 10 mois? quels progrès ? (s'en féliciter++)
- quelles sont encore les difficultés rencontrées ?
- de quoi aurais-je besoin pour progresser ?

En grand groupe : travailler l'échelle pour laquelle on a encore des difficultés :

... suite page 14

De quoi auriez-vous besoin pour passer de X à 10 ? Quelle décision prendre pour y arriver ?

BILAN DE 3 ANNÉES DE FONCTIONNEMENT :

Au départ, nous avons estimé que la bonne taille d'un groupe pour les échanges c'est 8 personnes : c'est un nombre favorable pour nouer des liens d'intimité et favoriser des échanges sincères et profonds. Au moment du debriefing à la fin de chaque séance, les participantes expriment toutes leur bien-être d'être venues, même si certaines, au début de la séance, avaient fait part de leur difficulté à se libérer pour venir ; ce qui rejoint la problématique de la place qu'elles s'accordent dans la vie. Donc en 3 ans, nous avons eu 24 participantes : la plus jeune de 22, la plus âgée de 65 ans.

Le résultat n'est peut-être pas spectaculaire en nombre de kilos perdus mais en amélioration de l'estime de soi de ces patientes, et en terme de modification durable de comportement des participantes dont la majorité garde un suivi individuel beaucoup plus espacé ; certaines conservent un lien entre elles, font des activités ludiques et/ou sportives ensemble ; nous avons assisté à de véritables métamorphoses, et à des évolutions de carrière et ... nous comptons la naissance de 3 bébés, obtenus grâce à la réduction pondérale !

Chaque année nous modifions le planning et ajoutons des ateliers nouveaux : c'est évolutif, et ce GRAMM nous a fait évoluer aussi dans notre relation aux patients obèses en consultation « normale ».

Point faible de cet accompagnement en libéral : il n'y a pas de prise en charge par la sécurité sociale pour ce travail assimilé à une psychothérapie de groupe ; seules peuvent en bénéficier celles qui ont des moyens suffisants, certaines ont même commencé mais ont dû s'interrompre en cours de route en raison de difficultés financières, alors qu'elles en avaient encore plus besoin !

En contrepartie, du fait de cet engagement financier, cela ajoute certainement une motivation supplémentaire à leur investissement.

Bibliographie

- Comment dites-vous NON ? Test par Ann Scharztweber, *Psychologie novembre 2004*; p.96
- Que pensez-vous quand vous mangez ? Questionnaire sur la représentation de l'alimentation
Par Christine Mirabel-Saron dans « Bien manger » Ed. Bayard, Paris 1999
- Les déterminants physiologiques du comportement alimentaire : importance de la satiété et rôle de la fréquence des repas. Didier Chapelot, Laboratoire des réponses Cellulaires et fonctionnelles à l'Hypoxie EA 2363 Equipe Physiologie du comportement alimentaire.
- Le cercle vicieux de la restriction cognitive : Questionnaire du GROS, Sybille Guérin *Nutrition et Endocrinologie* ; Nov-Déc 2008 ; vol 6 n° 38 ; 194-199
- Etre obèse, maigrir et après ? Expérience d'une psychothérapie de groupe. H. Joseph-Henri *Diabète et Obésité* ; déc. 2008 ; vol 3, n° 24 - Connaître son poids naturel et l'accepter. II^e Rencontres du GROS Nov. 2004

- Problem solving and behaviour modification- D'Zurilla et Goldfried in *Journal of abnormal psychology* n° 78-1971 p107-126
 - On ne se voit jamais comme on est. L. Lemoine -Psychologies- Juillet-Aout 2007
 - Obésité : Comment s'organise une prise en charge en co-thérapie- F. Duret-Gossart, P. Dalarun, P.-A. Peuteuil *Nutrition et Endocrinologie* , vol 6, n° 34, 25-28
 - Danse thérapie dans les soins, S. Muller-Pinget, A. Golay, service de l'enseignement thérapeutique pour Maladies chroniques rue Michel-du-Crest 24, 1211 Genève 14
 - Cognitive distortions in obese patients with or without eating disorders. M. Volery, I. Carrard, P. Rouget, A. Golay *Eating Weight Disord.* Vol 11 n° 4- 2006
 - L'impulsivité: un des facteurs responsables de l'obésité? O. Mobbs, M. Van Der Linden, A. Golay *Revue médicale suisse* 4 avril 2007
 - Dietary and Body Weight Control : Therapeutic Education, Motivational Interviewing and Cognitive-Behavioral Approach for Long-Term Weight Loss Maintenance ; A. Golay *Nestlé Workshop 2006*
 - Motiver pour changer. A. Golay, G. Lagger, A. Giordan. *Rev. Med. Suisse* 2007;3: S9-S11
 - Une éducation thérapeutique en 4 dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses A. Golay, G. Lagger, A. Giordan, *Médecine des Maladies Métaboliques* 2007- vol-n°1, 69-76
 - Maigrir par la motivation, M. Larocque, *imp. Transcontinental*
 - Maigrir par le contrôle des émotions, M. Larocque Ed. *Quebecor*
 - Le poids Mental, M. Larocque, Ed. *Quebecor*
 - l'entretien motivationnel, W. R. Miller, S. Rollnick, *InterEditions, Dunod*
 - Obésité : accompagner pour soigner, N. Baclet, P. Cornet, V. Douilly, D. Eraldi-Gackière, P. Gross, M. Roques ; *Coll. Conduites, Ed. Doin*
 - Surveiller son tour de taille pour protéger son cœur, J. M. Borys et J. F. Lemoine ; Guide France Info. Ed. *Jacob-Duvernet*
 - Mon corps et ses images. J.-D. Nasio, (*Payot*, 2007)
- Les auteurs: Corinne Lefacheur-Vatin, Christine Palasset, Centre de Consultation Fould, 1 avenue Fould 65000 Tarbes. clefacheur@orange.fr

IL POUR VOUS

PRATIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : COMMUNIQUER AVEC LE PATIENT EN CONSULTATION

Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior - S. Rollnick, W. R. Miller, C. C. Butler
InterEditions-Dunod, Paris ; 2009. 247 pages

Analyse faite par Helen Mosnier-Pudar - Service des Maladies endocriniennes et métaboliques - Hôpital Cochin - Paris

Pourquoi les personnes changent de comportement ? Et pourquoi elles ne changent pas ? Comment les amener à changer ? Comment les accompagner dans leur changement ? Autant de questions que médecins et soignants se posent régulièrement face à des malades qui malgré tous les conseils et informations données n'adoptent pas un comportement meilleur pour leur santé. Pourtant la réponse semble simple : « Parce que, changer c'est difficile ». C'est pour sortir de cette impasse que ce livre peut intéresser tous les professionnels de santé ou intervenant dans le domaine social.

Créé par William R. Miller et Stephen Rollnick, l'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication directive centrée sur la personne, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Reprenons les termes de la définition. « Communication directive », car elle est orientée vers un objectif déterminé, par exemple l'abandon ou la diminution d'un comportement à risque. Résolument « centrée sur la personne » car elle se déroule dans une atmosphère empathique respectant, explorant, élucidant les valeurs propres et les perceptions du sujet. Ses préoccupations prennent le pas

sur celles de l'intervenant. « L'ambivalence » est le concept central de l'EM. Ce n'est pas une réticence à changer mais un conflit survenant dans le choix entre 2 actions contraires, changer ou ne pas changer. L'ambivalence est difficile à résoudre car quel qu'il soit, le choix présente pour la personne des coûts et des bénéfices. L'exploration de l'ambivalence permet à la personne de formuler elle-même les raisons de la nécessité d'un changement de comportement et les difficultés que ce changement entraînerait.



... suite page 15

Bien au-delà de l'addictologie, où travaillaient les deux psychologues qui l'ont défini, W. Miller et S. Rollnick, l'EM se révèle utile dans les situations où le comportement d'un sujet est un élément déterminant du pronostic, comme dans le traitement des maladies chroniques, la gestion des facteurs de risque (diabète, obésité, sédentarité, hypercholestérolémie), ou dans le champ de l'intervention sociale. Pour renforcer cet aspect le troisième auteur du livre, C Butler, est professeur de médecine.

Cet ouvrage est une synthèse sur la façon de mettre en œuvre l'EM au sein de la pratique soignante quotidienne. Tourné vers la pratique, de nombreux exemples aident à la compréhension de la méthode. Divisé en trois parties, il commence par un aperçu général de l'EM, ses preuves scientifiques et sa façon de s'intégrer dans le contexte de soins. Ensuite vient la description de la méthode, elle-même. Et enfin la mise en œuvre avec des exemples pratiques et des recommandations pour la mise en place de l'EM.

Le présent ouvrage s'adresse à tous les soignants, seuls ou en équipe, qui souhaitent développer une méthode de communication efficace pour inciter ou accompagner leurs patients dans un changement de comportement bénéfique pour leur santé : perte de poids, arrêt du tabac, adhésion thérapeutique... L'objectif, comme cela est dit dans l'introduction, est de transmettre juste ce qu'il faut des caractéristiques essentielles de l'EM pour rendre cette méthode accessible, apprenable, utile et efficace dans la pratique de soins. Reste ensuite à mettre en application. Pour cela probablement que formation et expérimentation sont nécessaires.

miscellaneus

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN QUELQUES LIGNES

CATHERINE CALIMAN, INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE EN ÉDUCATION
HDJ CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE
CHU ERASME, ULB, BRUXELLES.

Le diabète, maladie chronique, détériore la qualité de vie. Il peut s'accompagner de difficultés à suivre la scolarité ou une formation, d'un risque de perte d'emploi en raison d'une inadaptation au poste de travail, d'un refus d'assurance ou de prêts bancaires, de limites à la pratique d'un sport ou autres activités nécessaires à l'équilibre personnel...

En outre, on demande au patient de contrôler ses glycémies. Le résultat observé peut être source d'angoisse (« malgré tous mes efforts, ma glycémie est élevée et ça me décourage. Je ne fais plus mes tests... »). Il peut s'en suivre un état dépressif et le patient peut « régresser », abandonnant son équilibre glycémique au traitement et aux professionnels de santé.

Il y a souvent un décalage entre la manière dont le patient et le soignant se représentent le diabète.

L'idéal est donc de débiter le premier entretien en demandant au patient ce qu'il pense et croit à propos de sa maladie.

Le patient recherche :

- des compétences techniques (que le médecin fasse le bon diagnostic et qu'il prescrive le meilleur traitement)
- des informations de qualité (qu'on lui explique ce qu'il a, comment se soigner, ce qui peut lui arriver,..) en termes clairs
- de la disponibilité (qu'on lui consacre du temps, qu'il puisse poser des questions,...)

- de l'écoute, de la compréhension (le sentiment d'être compris, perçu mais aussi en dehors du diabète)
- la possibilité de donner son avis par rapport au traitement

L'éducation du patient, surtout dans le cadre de maladies chroniques, se centre sur le processus par lequel le patient peut faire un choix autonome et est lui-même responsable de sa propre santé dans la maladie et le traitement.

« L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinés à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales » (1) .

Deccache, A., Lavendhomme E. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes, Col. Savoirs & Santé, Eds. De Boeck-Université, Bruxelles, 1989

« Pour communiquer de l'information, le professionnel de la santé dispose de différentes méthodes et techniques. Nous pensons à la communication verbale et non verbale (le contact, l'échange de regards, la posture). La communication non verbale a une influence

importante souvent sous-estimée. Les aptitudes de communication, comme l'écoute active, le choix des questions ouvertes ou fermées, le résumé, la reformulation participent aussi au processus de communication.

Karin van Ballekom L'éducation du patient en hôpital .L'autonomie du patient : de l'information à l'éducation Une étude sur l'éducation du patient en hôpital : Pratiques Et politiques en Belgique, Royaume-Uni, France et Pays-Bas. Conclusions et recommandations pour la Belgique Centre d'Education du Patient a.s.b.l. © 2008

Il existe des outils qui ont une fonction complémentaire. Il y a les outils classiques comme le matériel d'information écrit, les modèles, les dessins et les photos.

D'autres sont plus récents : les cassettes vidéo, les dvd, l'internet, le cd-rom, les Conversations Map.

Nous connaissons tous des exemples de patients qui savent pertinemment comment gérer leur diabète et ne le font pourtant pas... Intégrer une maladie chronique dans la vie de tous les jours ne se prescrit pas.

Les changements que cela nécessite peuvent être initiés en aidant le patient à comprendre son ambivalence (changer de comportement vs ne pas en changer).

Une démarche éducative, relativement récente (début des années 2000), inscrite dans la durée accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. Elle se base sur le vécu du patient et prend en comp-

... suite page 16

te ses compétences d'adaptation : il s'agit de l'Éducation thérapeutique.

Un patient qui refuse l'ETP à un moment T peut l'accepter ultérieurement. Le patient est libre de devenir acteur de sa santé.

Divers facteurs peuvent entraver l'adhésion du patient à son traitement :

- les difficultés du quotidien : enfants, manque de temps, manque d'argent, maladie d'un proche, isolement social, isolement affectif, perte d'emploi, recherche d'un logement, ...
- les croyances ethniques
- la dépression
- la complexité, les contraintes du traitement
- a crainte des hypoglycémies, des hyperglycémies, de l'acidocétose
- l'absence de symptôme qui masque la gravité de la maladie
- la peur du médecin et de ses exigences thérapeutiques
- le sentiment de ne pas être écouté, considéré (le patient se plaint de ne pas participer aux décisions thérapeutiques, qu'on ne lui consacre pas assez de temps,...)

Cette liste n'est probablement pas exhaustive.

On distingue 4 étapes à l'ETP:

1. Le soignant recueille les informations qui lui permettront de construire avec le patient une éducation qui favorisera son autonomie et améliorera sa qualité de vie.

- que comprend le patient de sa maladie ?
- quelles représentations en a-t-il ?
- quelles difficultés rencontre-t-il ?
- quel est son vécu par rapport au diabète ?
- quel est son environnement familial ? professionnel ? social ?
- quels sont ses projets ?

Ce recueil se fait sous forme d'un entretien individualisé. En y répondant, le patient fait le point sur ce qu'il sait du diabète, comment il le vit, quelles difficultés il rencontre.

Le but est que cela suscite chez lui des questions, des demandes et qu'il soit plus réceptif à l'éducation.

Le professeur Grimaldi ajoute que le patient doit :

- être conscient qu'il a un problème
- être convaincu qu'on peut le résoudre
- penser qu'il peut lui-même le résoudre (ou au moins participer à sa résolution)
- estimer que cela en vaut la peine
- et qu'en conséquence être prêt à chercher de l'aide s'il n'y arrive pas

Le soignant comprend ce qui empêche le patient à mieux suivre le traitement et à intégrer la maladie dans sa vie de tous les jours.

Le patient sent qu'on lui consacre du temps, qu'on l'écoute et cela participe à l'élaboration d'une relation de confiance indispensable à son adhésion au programme d'éducation.

2. Le soignant formule avec le patient les compétences à acquérir, à mobiliser et à maintenir en tenant compte de la stratégie thérapeutique et des priorités du patient. Il va de soi que des compétences de « sécurité » qui visent à sauvegarder la vie du patient sont prioritaires et indispensables. Le soignant planifie un programme d'ETP personnalisé. On parle de partenariat entre le patient et le soignant.

3. Le soignant sélectionne les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage qui favorisent les interactions et médiations avec le patient et son entourage pour acquérir des compétences. IL organise la séance d'ETP.

4. Le soignant évalue l'acquisition des compétences et les changements mis en œuvre par le patient dans sa vie quotidienne, il évalue la pertinence du programme. Il fait le bilan de ce que le patient a acquis, compris, appliqué et dégage ce qui doit être approfondi, ce qui reste à acquérir, comment le patient s'adapte à ce qui lui arrive. Ce bilan doit être partagé avec le patient et les autres professionnels de santé.

Mais la maladie évolue et régulièrement il faudra faire un bilan :

- le patient supporte-t-il le traitement ? doit-il être modifié ?
- le patient gère-t-il mieux sa maladie ?
- le patient a-t-il rencontré d'autres difficultés personnelles, professionnelles ?
- le patient a-t-il besoin de redéfinir d'autres objectifs, d'autres modalités de l'ETP ?

Le patient sera informé de l'évaluation que l'équipe fera à chaque étape de la mise en œuvre de l'ETP.

Cette évaluation apparaîtra dans son dossier pour assurer une continuité des soins.

Dans ma pratique je constate que l'ETP peut ne pas intéresser tous les patients que je rencontre. Certains, souvent de type 1, s'offusquent qu'on leur parle d'une maladie avec laquelle ils vivent depuis des années. Ils ont le sentiment d'en maîtriser l'essentiel, parfois à tort. D'autres sont tellement dans le déni que rien ne semble les intéresser et ils paraissent « imperméables » à toute discussion.

Mais heureusement certains patients estiment que notre disponibilité et nos « conseils » les aident à mieux gérer leur diabète.

Même si nous sommes des professionnels, il

me semble que nous avons tous des moments où il est difficile de se montrer calme, bienveillant, compréhensif, soutenant alors que pour diverses raisons nous pouvons être irrités, découragés, déçus, déçus...voire frustrés de ne pas être « à la hauteur » de la tâche. L'éducation n'étant pas encore « reconnue » par les autorités, trouver du temps en suffisance pour éduquer un patient à son rythme est parfois délicat.

Lorsque les patients sont contents de notre aide, qu'ils m'en font part et m'en remercient cela m'encourage à poursuivre cette activité pas toujours aisée.

Faire de l'éducation ne s'improvise pas et des cours de pédagogie et de communication sont très utiles voire indispensables. J'ajouterais que des notions d'anthropologie, de philosophie, de sociologie et de psychologie permettent de comprendre beaucoup de réactions de patients et de gérer des différences culturelles, des croyances. La relation d'adulte à adulte est la seule qui assure le respect mutuel nécessaire à l'adhésion du patient au programme d'éducation et qui permettra de maintenir sa motivation à long terme.

Cette formation doit être continue pour maîtriser au mieux les différentes techniques enseignées, très utiles pour gérer les situations de déni ou de révolte stressantes pour les soignants.

Références

Ouvrages

1. Mosnier Pudar, H. Éducation thérapeutique du diabétique de type 2, Paris(France), Editions médicales Phase 5, 2007, 63p.
2. Deccache, A., Lavendhomme E. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes, Bruxelles(Belgique) : De Boeck-Université, Col. Savoirs Et Santé, 1989, 239p.

Documents consultables sur internet

1. JAND - L'éducation thérapeutique : une partie qui se joue à 4
Finalement, l'éducation thérapeutique du patient diabétique est un traitement de l'angoisse par l'action. Le malade doit donc acquérir non seulement des ...
www.jand.fr/.../sites/.../Andre_Grimaldi.html
2. Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour ...
Format de fichier: PDF/Adobe Acrobat - Version HTML de A Golay - A partir de l'expérience des professionnels du diabète, des centres, d'éducation thérapeutique se mettent progressivement en place dans de nombreux pays ...
www.lides.unige.ch/publi/rech/pdf/eduThera.pdf
3. ETP - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient - Guide méthodologique <http://www.has-sante.fr>
4. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducation...

Formations du delF



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
- ✓ Évaluer 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

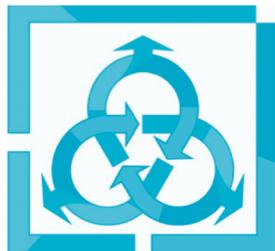
2. Nouvelle Formation : « Pratiquer l'éducation thérapeutique » 3 modules de 2 jours indissociables et une journée de stage

1 ^{ère} Session	2 ^{ème} Session
Lundi 11 et mardi 12 janvier 2010	Jeudi 1 ^{er} 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)



Diabète Éducation de Langue Française

SECTION FRANCOPHONE DE DIABETES EDUCATION STUDY GROUP

COTISATION POUR L'ANNEE 2010 A DIABETE EDUCATION de LANGUE FRANÇAISE

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

Droits d'inscription : 20 euros

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

Libellez votre chèque à l'ordre du "DELF"

Souhaitez-vous un justificatif ? OUI NON

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

NOM

Prénom

Adresse

Code Postal

Téléphone

Télécopie

E-mail (important)

Groupe régional

Profession

Médecin

Infirmier(e)

Activité(s)

Hospitalière

Psychologue

Libérale

Podologue - pédicure

Salariée

Diététicien(ne)

Autre

Merci d'adresser ce bulletin accompagné de votre règlement :

D.E.L.F.

88, rue de la Roquette - 75544 PARIS Cedex11

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

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

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

- Efficace en monothérapie
- Efficace en association*



Désormais disponible en
conditionnement trimestriel

Une seule prise
par jour

COMPOSITION ET FORMES : Gliclazide 30 mg cp à Libération Modifiée. Btes de 30, 60, 100 ou 180. INDICATION : DND (diab. type 2), chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la réduc. pondérale seuls ne sont pas suffisants pour obtenir l'équil. glycémique. POSO. ET MODE D'ADMINISTRATION : 1 à 4 cp/j en une seule prise au moment du petit déjeuner y compris chez les patients de plus de 65 ans et chez les insuffisants rénaux modérés avec une surveillance attentive. * Assoc. possible aux biguanides, inhibiteurs de l' α -glucosidase, à l'insuline (un traitement associé par insuline peut être instauré sous stricte surveillance médicale). Respecter un intervalle de 1 mois mini. entre chaque palier. CONTRE-INDIC. : DID (diab. type 1), précoma et coma diab., acidocétose diab., insuf. rén. ou hépat. sévère (dans ces situations, recourir à l'insuline), hypersensibilité au gliclazide ou à l'un des constituants, aux autres sulfonylurées, aux sulfamides, trait. par miconazole (cf. Interac. et autres formes d'interac.), allait. (cf. Grossesse et allait.). MISES EN GARDE ET PRÉC. D'EMPLOI : Risq. d'hypoglycémie sous sulfamides pouvant nécessiter une hosp. et un resucrage sur plusieurs jours. Informer le patient des risq. et préc. d'emploi et de l'importance du respect du régime alim., d'un exercice physique régulier, du contrôle de la glycémie. Ne prescrire que si l'alimentation est régulière. INTERACTIONS : Majorant l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillés), β -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres anti-diab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H₂, IMAO, sulfonamides et AINS ; diminuent l'effet hypoglyc. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, 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 hépatob. : élévation des enz. hépat., hépatites (cas isolés). Si ictère cholestatique : arrêt immédiat du trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCÉMIANT-DÉRIVÉ DE L'URÉE. DIAMICRON 30 mg possède un hétérocycle azoté qui le différencie des autres sulfamides. Prop. métaboliques : DIAMICRON 30 mg restaure le pic précoce d'insulinosécrétion, en présence de glucose. En plus de ses propriétés métaboliques, DIAMICRON 30 mg présente des propriétés hémovasculaires : DIAMICRON 30 mg diminue le processus de microthrombose. Prop. pharmacocin. : après l'adm., les conc. plasmat. de gliclazide augmentent progressivement jusqu'à la 6^e h puis évoluent en plateau entre la 6^e et la 12^e h. La prise unique quotidienne de DIAMICRON 30 mg permet le maintien d'une concentration plasmatique efficace pendant 24 h. LISTE I - Remb. Séc. soc. 65 % - Coll. À conserv. dans le conditio. d'origine. AMM 354 184-8 - 30 cp : 9,73 € ; CTJ : 0,32 € à 1,30 €, AMM 354 186-0 - 60 cp : 17,98 € ; CTJ : 0,30 € à 1,20 €, AMM 354 188-3 - 100 cp (mod. hosp.), AMM 372 261-0 - 180 cp : 52,21 € ; CTJ : 0,29 € à 1,16 €. Info. complète, cf. VIDAL Info. méd. : Servier Médical - Tél. : 01 55 72 60 00 - Les Laboratoires Servier - 22, rue Garnier - 92578 Neuilly sur Seine Cedex.

