



# DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ ÉDUCATION  
N°4 VOLUME 16  
Décembre 2006

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

éd:te

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : BEAUCOUP DE BRUIT POUR RIEN ?

**L'**ÉDUCATION thérapeutique du patient s'est aujourd'hui imposée comme un outil de traitement incontournable dans de multiples pathologies chroniques. C'est l'innovation la plus marquante dans le domaine des soins, en dehors des progrès scientifiques et technologiques considérables de la médecine ces 20 à 30 dernières années. Ceci tient à une double nécessité. Pour les patients, celle d'avoir à vivre avec une maladie pendant de longues années. Pour les soignants, qui sont dans l'impossibilité d'assister jour après jour les malades, de développer des méthodes de transfert de connaissances et de savoir faire, de motivation donc prenant en compte la représentation de la maladie, les croyances en général et de santé en particulier et les attitudes psychologiques voire les spécificités sociologiques propres à chaque individu face à la maladie et face aux changements du mode de vie engendré par celle-ci.

Tout le monde aujourd'hui, des soignants au soignés, de l'HAS et du ministère à la CNAMTS, reconnaît l'importance, l'utilité, la nécessité de l'éducation du patient, et plus globalement de l'éducation pour la santé. A tel point que l'éducation du patient est devenu un élément incontournable. Elle est au cœur des discussions du ministère de la Santé, de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans les démarches des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) au niveau régional, dans de nombreux plans de développement des hôpitaux publics au niveau local. Nous allons, en tout cas espérons le, bientôt prendre connaissance du Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Un des objectifs de ce plan est de « garantir une éducation de qualité à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ». Il n'y a pas de secret deux sous commissions de ce plan se sont intéressées à

l'éducation, l'une concernait l'éducation thérapeutique et l'information proprement dites, l'autre la formation, en particulier des soignants, à l'éducation du patient. Nous ne savons pas aujourd'hui quelles mesures issues de ces deux sous commissions seront retenues, mais il nous semble fortement improbable que l'éducation thérapeutique n'apparaisse pas dans ce plan.

L'HAS, de son côté, rédige en ce moment, des recommandations professionnelles concernant l'éducation thérapeutique : « Éducation thérapeutique, Approche transversale aux maladies chroniques (Bases pour un cahier des charges des séances d'éducation thérapeutique) ». Elles sont en cours de relecture et devraient paraître d'ici la fin de l'année. Il sera demandé, dans le courant 2007, aux différentes sociétés savantes de rédiger des « programmes

d'éducation » d'après un cahier des charges recommandés par l'HAS.

Le deuxième axe de travail de l'HAS est élaboration d'un rapport sur les principes de pérennisation de l'éducation thérapeutique, fondé sur un état des lieux large sur l'organisation de l'éducation thérapeutique en France et dans l'Union européenne, au Canada et Etats-Unis. Cet état des lieux intègre une analyse économique

## SOMMAIRE

- Éditorial** ..... P. 1  
**Helen Mosnier-Pudar**
- La journée du diabète à l'hôpital de Gonesse** ... P. 3  
**Marie Annick Hémon**
- L'éducation thérapeutique en structure mobile et ambulatoire** ..... P. 4  
**A.Ciofu, C.Gillet, N.Hernandez, J.Marest, I.Rigault, S.Lenormant, F.Lagarde**
- Image du corps et médias** P. 6  
**S. Doublet**
- Un exemple d'éducation thérapeutique en Cardiologie** ..... P. 9  
**P. Jourdain, F. Funck, J. Loiret**
- Patients d'ici venus d'ailleurs** ..... P. 12  
**Caroline HOULBERT**
- Quelles différences de représentations sociales de médecins en formation post-graduée à l'égard de patients de différente culture ?** ... P. 16  
**Carine Layat**

### LE BUREAU DU DELF OCTOBRE 2006

PRÉSIDENT :	Ghislaine Hochberg (Paris)
VICE-PRÉSIDENT :	Fabrice Lagarde (Montargis)
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE :	Anne Marie Leguerrier (Rennes)
SECR. GÉNÉRAL ADJOINT :	Michel Gerson (Havre)
TRESORIER :	Séverine Vincent (Marcq en Baroeul)
TRESORIER ADJOINT :	Leroyer Marie Louise (Fontenay en Parisis)
PRÉSIDENTS D'HONNEUR :	<ul style="list-style-type: none"><li>Fabienne ELGRABLY</li><li>Serge HALIMI</li><li>Jean Louis GRENIER</li><li>Paul VALENSI</li></ul>

RESPONSABLE DU JOURNAL DIABÈTE ÉDUCATION :  
Guillaume CHARPENTIER  
(Hôpital Gilles de Corbeil,  
Corbeil Essonnes)

RESPONSABLE DES GROUPES RÉGIONAUX :  
Anne-Marie LEGUERRIER  
(Hôpital Sud, Rennes)

Nous avons été plusieurs à participer récemment aux Etats généraux de la prévention mi-octobre à Paris. Là aussi l'éducation thérapeutique était à l'honneur, dans un atelier, puis lors de la discussion générale où l'éducation à monopoliser les débats pendant plus d'une heure, traduisant l'importance accordée à ce sujet par tous. Il s'agit ici d'inscrire l'éducation thérapeutique dans les procédures de prise en charge, après une phase d'évaluation médico-économique démontrant la pertinence des actions proposées sur l'évolution, la guérison, les séquelles et la qualité de vie. Dans ce cadre, les protocoles sont proposés par l'Assurance Maladie et validés par la HAS et comprendraient une information sur la physiopathologie, les complications et leur détection, les mesures d'hygiène,

l'auto-surveillance, les médicaments, l'organisation du suivi, avec remise de documents écrits.

Alors pourquoi ne sommes nous pas convaincus d'une reconnaissance imminente de l'importance de l'éducation du patient ? Parce que deux facettes primordiales du dossier sont toujours éludées. Il s'agit d'abord de la formation des soignants et surtout de celle des médecins, qui contrairement à celle des autres professions médicales, ne s'intéresse toujours pas ou si peu à ce sujet. Mais surtout il s'agit du problème de la reconnaissance de l'éducation thérapeutique par son financement propre et pérenne, et non pas par des voies détournées et obscures. Il semble évident que la définition et la mise en place d'un cadre pour l'éducation thérapeutique

soient nécessaires pour pouvoir en évaluer le financement, et nous avons été parmi les premiers à dire que référentiel et recommandations sont nécessaires, que formation et recherche sont indispensables, qu'organisation, temps dédiés, évaluation sont incontournables. Mais comment convaincre à tous les niveaux, si il n'existe aucune lisibilité de ce qui pourrait être une reconnaissance de ces actes encore totalement ignorées aujourd'hui.

Il reste donc important de rester vigilants et présents là où les décisions sont prises, mais surtout de rester convaincus que les actions d'éducation que nous menons pour et avec nos patients sont indispensables pour que la vie avec la maladie reste belle.

Par Helen Mosnier-Pudar  
Hôpital Cochin - Paris

## Bulletin de commande des *Teaching Letters* - DESG

Merci de bien vouloir cocher les exemplaires que vous souhaitez obtenir et faxer cette demande à :

**Dr Martine Tramoni** - Information Servier  
27 rue du Pont – 92578 Neuilly sur Seine Cedex  
Fax : 01.55.72.74.74

### Références

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| N°01 – Antidiabétiques oraux.....  | <input type="checkbox"/> |
| N°02 – Hypoglycémie.....   | <input type="checkbox"/> |
| N°03 – L'auto-contrôle.....  | <input type="checkbox"/> |
| N°05 – Complications tardives du diabète.....  | <input type="checkbox"/> |
| N°06 – Les soins des pieds.....  | <input type="checkbox"/> |
| N°07 – Mise en place d'un programme d'éducation du patient diabétique.....                       | <input type="checkbox"/> |
| N°08 – Thérapeutique et éducation : la valeur ajoutée du traitement.....                         | <input type="checkbox"/> |
| N°09 – Aidez vos patients à améliorer leur prise en charge.....                                  | <input type="checkbox"/> |
| N°12 – Comment aborder le patient dont le diabète est mal contrôlé.....                          | <input type="checkbox"/> |
| N°13 – L'approche éducative du patient diabétique âgé.....                                       | <input type="checkbox"/> |
| N°14 – La rétinopathie diabétique et l'éducation thérapeutique du patient.....                   | <input type="checkbox"/> |
| N°15 – Motiver et aider les patients diabétiques à suivre leur traitement.....                   | <input type="checkbox"/> |
| N°16 – Comment évaluer l'éducation thérapeutique des diabétiques ?.....                          | <input type="checkbox"/> |
| N°17 – Comment améliorer le suivi des maladies chroniques.....                                   | <input type="checkbox"/> |
| N°18 – Formulation des patients diabétiques en vue de l'utilisation des appareils de pointe..... | <input type="checkbox"/> |
| N°19 – L'intelligence émotionnelle dans la prise en charge du diabète.....                       | <input type="checkbox"/> |
| N°20 – Activité physique et diabète.....   | <input type="checkbox"/> |

Nom : .....

Adresse : .....

# VU POUR VOUS 1

## LA JOURNÉE DU DIABÈTE À L'HÔPITAL DE GONESSE

Marie Annick Hémon



Vue aérienne de l'Hôpital

**U**E 16 Novembre 2005, a eu lieu au centre hospitalier de Gonesse, une journée de sensibilisation au diabète, organisée par l'équipe de diabétologie du service de médecine interne.

Cette journée était proposée au personnel de l'hôpital, aux patients, ainsi qu'à tous les visiteurs.

Installés dans le hall de l'hôpital, les soignants proposaient un dépistage au moyen d'une glycémie capillaire ainsi que des informations et des conseils.

Les diététiciennes présentaient, outre les tableaux des différents aliments, des repas type, l'un équilibré et l'autre moins, avec les quantités de glucides et de lipides, symbolisés par des morceaux de sucre ou de beurre. Beaucoup de personnes furent



impressionnées de visualiser la quantité de sucre contenue dans un soda ou une portion de frites.

**U**es pédicures podologues avaient réalisé des photos de pieds abîmés et prodiguaient des conseils de prévention pour éviter les problèmes. Les infirmières et les médecins présents quant à eux répondaient aux questions posées tant sur les traitements que les complications.

275 personnes se sont fait dépister. : 34% d'hommes pour 66% de femmes, d'un âge moyen de 45 ans, avec un BMI moyen de 25,7, correspondant à un léger surpoids.

17% des personnes avaient une HTA connue et traitée, et 6,5% un diabète connu.



... suite page 3



On peut dire que cette journée a été un succès, grâce à la participation de toute l'équipe. Les personnes qui se sont fait dépister étaient très contentes, elles ont pu poser toutes leurs questions aux professionnels présents, et nous espérons pouvoir renouveler cette expérience l'an prochain.

M.A. H.

**S**URFIN 45% des personnes dépistées avaient au moins un antécédent de diabète dans leur famille proche. Nous avons relevé 20 glycémies capillaires supérieures à 1,40 g/l, dont 10 chez des diabétiques connus.

Les personnes qui avaient une glycémie capillaire supérieure à 1,40 g/l et ne se connaissaient pas de diabète se voyaient remettre une ordonnance de glycémie veineuse par un des médecins présents, avec des explications sur l'intérêt de faire pratiquer cet examen et de montrer les résultats à un médecin traitant.



## VU POUR VOUS 2

### L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN STRUCTURE MOBILE ET AMBULATOIRE

A.Ciofu, C.Gillet, N.Hernandez, J.Marest, I.Rigault, S.Lenormant, F.Lagarde

**L'**ÉDUCATION du diabétique apparaît comme une évidence pour tous ceux qui la prennent en charge. Malheureusement les moyens donnés à la diabétologie restent modestes, les soins et les urgences ayant toujours la priorité sur l'éducation dans la maladie chronique, car on ne peut pas les remettre à demain.

Pour sortir de cette impasse la diabétologie hospitalière a créé un système d'éducation, mais avec les restrictions budgétaires et la nouvelle codification des actes, l'éducation thérapeutique ne figure pas dans la nomenclature. Des structures en ambulatoire au profit des réseaux sont en

cours de développement pour faire reconnaître l'éducation comme un élément à part entière.

**A**u centre hospitalier d'Amilly, dans le Loiret (45), nous avons mis en place une équipe paramédicale mobile d'éducation qui est rattachée depuis 2004 au réseau LOIRESTDIAB, dont les locaux se situent à l'intérieur de l'hôpital, ce qui facilite la communication

**S**ELLE est formée de deux infirmières salariées du réseau (un équivalent temps plein et depuis avril 2005 encore un équivalent 50% temps plein), un diététicien (90% temps plein), un aide-soignant (50% temps plein) formé

pour identifier les pieds à risques et les soins de prévention. Cette équipe intervient à la demande des diabétologues pour les patients hospitalisés dans d'autres services de médecine, cardiologie, gynécologie ou chirurgie.

**A**PRÈS la consultation initiale du diabétologue qui évalue le patient, et sur prescription médicale, les infirmières d'éducation se déplacent dans les différents services pour débiter la prise en charge éducative et d'accompagnement des patients vers une compréhension optimale de leur nouveau traite-



... suite page 4

ment ou de leur maladie. La durée d'hospitalisation n'est pas prolongée par un passage obligatoire dans une structure spécialisée .

**L**ors de la découverte d'un diabète, d'une complication ou lors de l'instauration d'une insulinothérapie la qualité de l'intervention paramédicale conditionne la réussite de cette modification thérapeutique (l'autonomie, l'observance et l'atteinte des objectifs) et représente une étape clef dans la vie d'un patient diabétique de type 2 hospitalisé ailleurs que dans un service de diabétologie.

Un dialogue s'instaure entre le soignant et le soigné afin d'évaluer ses connaissances et de fixer ensemble des objectifs : justification du schéma insulinique prescrit (1 injection / jour, schéma intensifié multi-injections, poursuite ou non des antidiabétiques oraux, définitions des objectifs glycémiques et de la fréquence d'auto-surveillance glycémique, apprentissage de la technique d'injection et de la gestion pratique du traitement par insuline (sites d'injections, horaires, conservation, stockage et élimination des déchets, démonstration / manipulation par le patient, remise d'un support écrit, recherche de personnes ressources dans les situations particulières (sujets âgés), poursuite de l'éducation thérapeutique par IDE à domicile.

- L'ensemble de l'équipe éducative médicale et paramédicale réalise avant la sortie du patient le bilan des risques prioritaires pour chaque diabétique et les interventions à réaliser pour un suivi éducatif personnalisé en externe. Les patients doivent adhérer au réseau pour continuer l'éducation thérapeutique en ambulatoire. Un rendez-vous rapide (dans la semaine) est envisagé au niveau du réseau avec l'infirmière d'éducation et le diététicien, pour un entretien individuel d'environ 45 minute, un questionnaire d'évaluation pour les notions acquises lors de l'hospitalisation et connaître les difficultés rencontrées lors du retour à domicile. Les pieds à risques bénéficient en fonction de la graduation (2 et 3) d'une prise en charge prioritaire pour une consultation podologique.

Une fois le diagnostic éducatif posé, les patients sont orientés soit pour un suivi individuel, soit vers une participation de groupe aux ateliers thérapeutiques organisés au sein du réseau pour l'année et qui

peuvent accueillir jusqu'à 10 participants par séance.

- Il est indispensable de partager le temps de parole par un entretien de départ, de connaître la place que le patient donne à sa maladie, les inquiétudes, le degré de confiance dans son traitement, le poids que celui ci représente, ses attentes, ses capacités, les points forts sur lesquels on pourra s'appuyer et ses difficultés de se prendre en charge ;

il **favorise l'expression** qui est un des fondements de l'éducation.

On évoque les représentations et les croyances de santé, les expériences vécues, la situation professionnelle et familiale, l'acceptation de la maladie, les sentiments d'aggravation...

**P**our chaque patient un compte-rendu écrit est adressé au diabétologue et au médecin traitant avec la synthèse de l'entretien, les objectifs personnalisés, les compétences à acquérir ou à développer.

La stratégie d'éducation thérapeutique (théorique et gestuelle) doit être adaptée à chaque situation en fonction des écueils

identifiés lors du diagnostic éducatif multidisciplinaire.

Le patient est revu entre 1-3 mois après sa sortie de l'hôpital par le diabétologue qui fait la synthèse de son éducation avec tous les éléments réunis par l'équipe paramédicale.

Le médecin traitant est informé sur les points à renforcer lors du suivi en ville pour une prise en charge optimale.

Cette démarche d'éducation individuelle n'est pas toujours facile à mettre en œuvre, et elle demande parfois trop de temps et des professionnels de soins formés à l'éducation et à la communication thérapeutique.

Depuis l'existence du réseau, début 2004, nous avons pu ainsi éduquer 107 patients (résultat fin juillet 2005). L'évaluation au niveau des objectifs pédagogiques acquis est en cours d'analyse (évaluation réalisée fin septembre 2005.) Il reste des points à améliorer, car la structure est encore jeune et en phase d'ajustements.

A. C., C. G., N. H., J. M., S. L. et F



## DIABÈTE ÉDUCATION

Le journal du DELF

*Le journal de l'éducation  
sur le diabète  
en langue française*

*Bulletin d'abonnement en avant-dernière page*

# de la théorie à la pratique

## IMAGE DU CORPS ET MEDIAS

CONGRÈS ALFRED PORTICCIO 02/04/06

S. Doublet

On distingue en fait deux notions :

- La notion de Schéma corporel
- et celle d'image du corps.

**L**A notion de schéma corporel est utilisée pour la première fois en 1923 par P. Schilder, neuropsychiatre viennois qui le définit comme la représentation que chacun fait de son corps et qui lui permet de se repérer dans l'espace. Cette notion, qui est fondée sur des données sensorielles multiples, proprioceptives et extéroceptives, fournies par le corps lui-même, est une définition anatomique et fonctionnelle du corps ;

- **Anatomique**, car elle reflète la perception pour un individu des différentes parties de son corps, et des rapports de ces parties entre elles ;
- **Fonctionnelle**, car elle exprime la perception pour un individu de l'ensemble de la « mécanique de ce corps biologique ».

En fait, cette définition neurologique englobe un phénomène plus complexe de représentations et de significations symboliques, mettant en jeu toute la personnalité, produit de l'inné et de l'acquis, de l'hérédité et du milieu :

On en arrive à la notion d'image du corps :

**C'est la notion d'image du corps**

L'image du corps correspond à la représentation mentale de ce qu'est notre corps-expression et se réfère à des échelles de valeur externes (esthétiques, sociales...) et internes (estime de soi, confiance en soi, image de soi...).

L'image du corps dépend des assises narcissiques qui ont été élaborées dès le plus jeune âge, en interaction constante avec les parents ; elle se définit à chaque instant à partir d'expériences agréables

ou douloureuses, d'émotions, au travers de son propre regard et dans celui des autres ; c'est d'une part la reconnaissance des formes en tant que telles, la perception des formes, des dimensions, de la structure spatiale et des liens dynamiques entre les différentes parties du corps (ce qui correspond au schéma corporel), et d'autre part, la perception du corps comme contenu et sens, impliquant des composantes affectives et cognitives.

L'image du corps est étroitement liée à l'image de soi

### I - L'IMAGE DE SOI

**B**RUSSET (1998,) et Rosen (1996, 1997) montrent que l'estime de soi serait étroitement liée à l'image corporelle et à l'apparence physique. C'est la valeur que nous nous attribuons, c'est-à-dire l'image que nous avons de nous-mêmes, en regard de celle que nous croyons devoir donner.

L'estime de soi repose sur trois piliers :

① **L'amour de soi** : S'estimer implique de s'évaluer, dans un amour inconditionnel de soi, malgré défauts, limites, échecs et revers...

② **La « vision » de soi** est la conviction fondée ou non, d'être porteur de qualités, de défauts, de potentialités et de limites.

On distingue la vision subjective positive, qui est une force intérieure qui permet d'atteindre ses objectifs malgré l'adversité.

Et la vision subjective négative, qui pousse à la dépendance vis-à-vis d'autrui.

③ **La confiance en soi** permet d'agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui

Les travaux de Secord et Jourard (1953) et ceux plus récents de Rosen (1996 et 1997) montrent que la satisfaction vis-à-vis de son corps est liée significativement à la satisfaction de soi.

Plus récemment Davis (1984) a montré que plus l'écart entre ce que l'on perçoit de soi et ce que l'on imagine comme forme idéale est important, plus l'insatisfaction du sujet est grandissante.

Thomson et Thomson (1986) ont montré qu'il existe une corrélation étroite entre les troubles de la perception de l'image du corps et la mésestime de soi.

Les sujets qui présentent des troubles de perception de l'image corporelle ont souvent un jugement négatif sur eux-mêmes, mais pas de façon systématique, et inversement, ceux qui ne présentent pas cette distorsion perceptive peuvent avoir une mauvaise image d'eux-mêmes.

### II - INFLUENCE DE LA MODE ET DES MÉDIAS

**J**E ne vais pas revenir sur le propos très documenté de Patricia Martin, concernant l'évolution de la silhouette féminine au cours du temps. Je voudrais souligner simplement la transformation importante de l'esthétique féminine depuis les années 60 : l'exhibition du corps est signe de modernité ; le corps se dénude. La mode impose des consignes esthétiques drastiques permettant la construction d'un corps maigre qui correspond à une norme sociale ;

Autrefois la tenue vestimentaire devait masquer la disgrâce ; aujourd'hui, le corps doit être parfait : il façonne le vêtement, et lui donne sa ligne

En revanche, le corps obèse est devenu le « physiquement laid, le mou, le comble du laisser-aller, le moralement condamnable, très dangereux pour la santé, et par ailleurs un véritable problème de santé publique ».

Ainsi on observe une « occidentalisation » des valeurs esthétiques, notamment dans les pays asiatiques, où les critères esthétiques traditionnels (valorisation du surpoids qui correspondait à la richesse, à l'abondance et à une bonne santé) ne sont plus valables.



... suite page 6

C'est le paradoxe de la société d'aujourd'hui : une société d'abondance qui érige la maigreur en modèle. Ce sont les classes sociales les plus défavorisées qui sont les plus génératrices de sujets obèses, avec une alimentation riches en produits gras et sucrés, pauvres en protéines, légumes et fruits.

Dans toutes les sociétés, et toutes les cultures, les corps de femmes sont d'avantage aujourd'hui « sous influence » : Près de la moitié des femmes (75% des 18-24 ans) considèrent « qu'être minces est une obligation pour être dans la norme » ;

Une femme sur deux est coutumière des régimes, et près de la moitié des jeunes filles de 18 à 24 ans ont déjà suivi au moins 4 régimes... (« corps des femmes sous influence ; enquête observatoire cidil des habitudes alimentaires 2003 ).

Aux USA, 1/3 des petites filles de 6 à 12 ans ont déjà suivi au moins un régime, et 50 à 70% d'entre elles croient être grosses, alors que leur poids est normal.

Le corps doit être idéalement mince : il est alors synonyme de beauté, d'esthétique, de jeunesse, de bonne santé, d'hygiène de vie, de séduction, de pouvoir, de performance, et de maîtrise de soi : il parle de lui-même...

Dans les écoles primaires, le diktat de la minceur sévit de plus en plus, au même titre que celui de la mode en général. La question qui se pose est de savoir quel est l'impact réel de ce diktat ? Est-il générateur de troubles psychopathologiques particuliers, de troubles alimentaires ? notamment chez les jeunes enfants, dans la construction de leur image et de leur personnalité, et chez les adolescents en pleine mouvance morphologique et psychologique.

### III DE L'INSATISFACTION CORPORELLE AU TROUBLE DE LA PERCEPTION DE SOI...



AUJOURD'HUI 86% des femmes en population générale se disent insatisfaites de leur corps : il ne s'agit plus de souffrir pour être belle, mais de se torturer pour acquérir une silhouette chimérique : ligne

anorexique, taille étroite, fesses hautes, joues creuses, seins affolants.

Une étude récente (*Anita Jansen*) a montré que les femmes regardent plus volontiers les défauts des corps des autres, même s'il s'agit de mannequins, plutôt que leurs propres imperfections. En revanche, dans cette étude, celles qui se focalisent sur leurs propres défauts souffrent en général de troubles alimentaires, de type anorexie et/ou boulimie...

En fait, l'insatisfaction corporelle serait indépendante de l'indice de masse corporelle (BMI) :

Une étude de *Allaz et coll (int.j.eat.dis,1998 ; 23(3) : 287-294)* montre que dans un échantillon de femmes de 30 à 74 ans, 71% des femmes souhaitent être plus minces, alors qu'elles sont 73% à avoir un poids normal, et que seules 25% sont satisfaites de leur poids.

**Certains facteurs pourraient avoir une influence sur cette insatisfaction corporelle comme :**

- ➡ la pratique d'un sport qui améliorerait l'indice de satisfaction corporelle pour certains, et qui serait un facteur négatif dans d'autres études.

En revanche :

- ➡ Les athlètes de haut niveau ont des préoccupations corporelles plus importantes que les athlètes moins sportifs
- ➡ Les athlètes présentant des TCA infra cliniques ont-eux aussi des préoccupations corporelles plus envahissantes que les athlètes sans TCA, et une perception « erronée » de leur corps.

La question posée est celle de savoir s'il existe un lien entre l'insatisfaction corporelle et le trouble de perception de l'image du corps, et s'il est possible de mesurer à l'aide d'instruments valides et reproductibles cette distorsion de l'image du corps.

#### ÉVALUATION / MESURE DU TROUBLE DE LA PERCEPTION CORPORELLE



SCHILDER, et plus récemment, Vandereycken et Vanlinden, se sont intéressés à l'évaluation et la

quantification de ces troubles de l'image corporelle, mais aucun instrument à ce jour ne peut rendre compte complètement de la complexité de cette dimension que représente l'image du corps..

Un certain nombre d'échelles, de questionnaires, et d'instruments de mesure sont néanmoins utilisés dans la littérature internationale pour appréhender cette notion de perception d'image du corps :

#### BAT :

(body attitude test : mesure de la qualité du vécu corporel) : plus le poids est bas, plus la qualité du vécu corporel est mauvaise.

#### BSE :

(body size estimation) vidéo mais ne permet pas de différencier perception et attitude par rapport au corps ( critique de Smeets, Panhuysen 1999).

#### SDA :

(signal detection approach) image non déformée du sujet sur ordinateur, puis images d'eux mêmes ,de taille variable : pas de troubles de perception mais émotions et cognitions liées à l'image du corps.

#### BSQ++ :

(Body shape questionnaire), Cooper, 1987; 4 facteurs :

- évitement et honte à l'exposition de son corps ;
- insatisfaction corporelle correspondant aux parties inférieures du corps ;
- laxatif et vomissements pour diminuer l'insatisfaction corporelle ;
- cognitions et comportements inadaptés pour contrôler le poids.

#### EN CLINIQUE

Les troubles alimentaires sont-ils un trouble de la perception primitif de l'image corporelle, ou une distorsion de l'estimation des formes corporelles, sous tendues par des facteurs affectifs et/ou cognitifs ?

LES TCA surviennent à l'adolescence qui est une période de profond remaniement morphologique et psychologique : on grandit, on se transforme, sous son propre regard, et celui des



... suite page 7

autres : l'image que l'on renvoie est à des millénaires de ce que l'on trouve dans les magazines ; c'est à cette période que se développent les TCA : plusieurs études ont montré dans des population de sujets normaux pondérés, de sujets présentant des troubles anxieux et des troubles de l'humeur, et enfin, dans des populations de sujets présentant des TCA, qu'il n'y a pas de corrélation directe et certaine entre l'insatisfaction corporelle et le trouble de perception de l'image corporelle

Les résultats des différentes études sur des sujets présentant des TCA ne sont pas concordants.

Par exemple, Les sujets boulimiques auraient des scores d'insatisfaction plus élevés que les sujets témoins, et dans d'autres études, plus élevés aussi que dans des populations d'anorexiques... Dans des populations « témoins », les scores de jeunes femmes moyennement ou très préoccupées par la peur de grossir présenteraient des scores plus élevés que chez celles qui ne sont pas ou peu préoccupées par la minceur et par la peur de grossir.

Le BSQ permettrait d'évaluer le rôle d'une préoccupation excessive de l'apparence dans le développement, le maintien et le traitement de TCA.

Pour certains auteurs, il existe un trouble perceptif primaire de l'image corporelle, et pour d'autres, ce sont les facteurs émotionnels et cognitifs qui génèrent ce trouble perceptif ; (Vandenlinden 2003)

Parmi les facteurs susceptibles d'interférer négativement avec la perception de cette image corporelle, citons Torres (1999) :

*Les Violences physiques et/ou sexuelles*

*Le Discours critique sur l'image du corps*

*Le souci de Perfection*

*Le Culte de la jeunesse*

*Le sentiment d'une absence de limites corporelles...*

## IV - HYPOTHÈSES

**Neurologique** : Implication du cortex pariétal gauche ?

En provoquant dans le cerveau l'illusion d'un amaigrissement instantané, des neurologues auraient localisé une région

impliquée dans la construction de l'image du corps (Ehrsson, Londres 2005) (l'illusion de Pinocchio)

**Intégrative** ...

Intrication des processus cognitifs, émotionnels, affectifs, et organiques

## V - QUELLE INCIDENCE EN CLINIQUE

L'Anorexie et la boulimie ont en commun : La peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ;

L'altération de la perception du poids chez l'anorexique.

Enfin, des stratégies de contrôle de poids ainsi que l'influence excessive du poids et de la forme corporelle sur l'estime de soi, pour les deux syndromes.

Pourtant, l'indice de masse corporelle n'est pas le même dans ces deux syndromes..

En clinique, plus l'IMC est bas, plus cette hantise de prendre du poids et de devenir difforme est au premier plan, ce qui ne veut pas pour autant dire qu'il existe une distorsion de l'image corporelle, la « norme » chez l'anorexique n'étant plus esthétique, mais « éthique ».

Avec la reprise de poids et un comportement alimentaire diversifié, avant toute psychothérapie codifiée, ces préoccupations corporelles sont le plus souvent atténuées.

## VI - ÉTUDE PROSPECTIVE DE L'EFFET DES SOINS CORPORELS SUR LES TROUBLES DE LA PERCEPTION DU CORPS DANS UNE POPULATION DE SUJETS ANOREXIQUES/ANOREXIQUES BOULIMIQUES COMME SERVICE PR. GUELFI 2006/2007



Que se passe-t-il ? Pourquoi le retour à un état nutritionnel adapté permet-il de diminuer ces préoccupations corporelles sans pour autant les faire disparaître ? Pourquoi persiste-t-il chez le sujet obèse, après un régime amaigrissant bien conduit, le sentiment d'être toujours aussi gros, comme si l'enveloppe corporelle était restée la même ?

Dans les traitements proposés, l'approche multifocale est privilégiée :

Approche médicale, nutritionnelle, psychiatrique et psychothérapeutique, bien sûr, et familiale.

En complément de ces traitements, il paraît essentiel de privilégier l'abord corporel de ces patients par des praticiens experts, par le biais du toucher et du massage prudent.

Dans notre expérience, qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou externes, cet abord

est fondamental, même à un stade précoce de mise en place du traitement :

D'une part, les massages et le toucher corporel induisent une relation nouvelle dont ces patients étaient privés depuis de longs mois ou années ; c'est la redécouverte de la morphologie, de la dynamique du corps et des différentes parties du corps entre elles ; c'est aussi l'apprentissage des limites corporelles.

## CONCLUSION

- L'Influence des medias sur le degré de satisfaction corporelle est aujourd'hui majeure
- Il n'y a pas de corrélation directe et certaine entre l'insatisfaction de son image corporelle et le trouble de la perception de soi mais...
- L'image négative de soi pourrait être génératrice d'un trouble de la perception corporelle
- Ne devrait-on pas dans le traitement des troubles du comportement alimentaire développer davantage une approche corporelle qui permettrait de mieux aborder cette perception de l'image du corps ?

# à propos...

## UN EXEMPLE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CARDIOLOGIE...

### USINE À GAZ OU FIL À COUPER LE BEURRE ?

P. Jourdain, F. Funck, J. Loiret

**A**u pays de Jules Ferry et de l'éducation obligatoire pour tous, l'éducation thérapeutique à destination des patients a été longtemps peu développée car considérée pour plusieurs raisons comme aussi peu utile que gratifiante... loin des grands discours de certains décideurs... A la suite de nombreux travaux en particulier scandinaves et d'autres spécialités comme la diabétologie et la pneumologie, la cardiologie a pris conscience de l'importance que revêtait la formation des patients. Plusieurs projets d'éducation thérapeutique ambitieux ont vu le jour suscitant un grand engouement... pour autant cette notion d'éducation reste assez mystérieuse voire fantasmagorique... et sa mise en place reste très diverse... paraphrasant Molière grand éducateur de son temps... « faisons nous tous de l'éducation thérapeutique sans le savoir ? »...

**Définition :** Elle se différencie de l'information médicale « habituelle » par le fait qu'elle vise à rendre le patient acteur vis à vis de sa pathologie et de sa prise en charge.

### ÉTAT DES LIEUX :

Faisons-nous de l'éducation thérapeutique en France ? Si l'on pose la question sous forme de sondage ... la grande majorité d'entre nous estime faire de l'éducation thérapeutique auprès de ses patients. Or dans la plupart des cas il y a confusion entre l'information thérapeutique qui est transmise aux patients et l'éducation thérapeutique qui, elle, a prouvé dans de nombreuses études concordantes son efficacité et qui répond à certains critères minimaux.

L'information thérapeutique que nous réalisons tous au quotidien consiste à donner une information médicale et d'hygiène de vie au patient, domaine dans lequel notre formation s'est faite le plus souvent à l'écoute de nos maîtres ou sur le terrain au contact des patients et de leurs familles. Pour autant ce n'est pas de l'éducation thérapeutique ce qui ne lui enlève d'ailleurs pas son importance. En effet, dans ce type de forma-

tion le patient est placé dans un rôle très passif, l'information distribuée n'est pas strictement adaptée à sa pratique et à son vécu. De même, le temps de « l'échange » reste très limité du fait des contraintes d'emploi du temps ce qui est une des premières doléances des patients comme l'on peut le lire à longueur d'année dans la presse grand public ou le ressentir en tant que patient.

L'éducation thérapeutique a longtemps été considérée comme étant l'apanage des paramédicaux pour plusieurs raisons :

- La première est le manque de moyens dévolu à cette forme de soins. Encore actuellement nombreux sont ceux ne voyant en elle qu'un gadget en plus des traitements médicamenteux... Or, le fossé existant entre la prescription et la prise réelle des traitements dans la vie réelle doit relativiser nos certitudes. Il est assez simple de comprendre que l'on ne prend régulièrement qu'un traitement en lequel on a confiance et dont on connaît l'influence positive ou négative... Nos gouvernants successifs n'ont pas eu plus de prescience en n'accordant jusqu'à présent aucune valeur « financière » au processus d'éducation thérapeutique en cardiologie, encore que cela pourrait bientôt changer.
- La seconde est l'absence de considération accordée à cette forme de soin. En effet, l'éducation thérapeutique n'est pas un élément porteur car peu technique et peu innovant dans son design (encore que...). Le nombre d'articles parus dans la littérature internationale cardiologique concernant et surtout détaillant l'éducation thérapeutique est ridiculement faible comparé à celui concernant l'échographie ou les traitements bêtabloquants. Le manque de moyens, de motivation et de créneau porteur sur le plan financier ou personnel a conduit les cardiologues à un investissement réduit vis à vis de l'éducation des patients.
- La troisième cause que je mettrai en

avant et qui n'est pas la moindre est une certaine « ghettoïsation » de l'éducation thérapeutique. En effet, jusqu'à une récente ouverture vis à vis des cardiologues, les formateurs « professionnels » semblaient souvent un peu déconnectés de la pratique cardiologique habituelle. A lire les opuscules de formation disponibles, la formation des patients nécessitait des moyens humains, financiers et pratiques tout à fait hors de proportion avec les possibilités des 4/5 des services de cardiologie français. La seule durée des formations proposées nécessitant une hospitalisation des patients uniquement compatibles avec un long séjour en centre de convalescence, situation difficilement acceptable pour le système de soin et les patients actifs. Le développement de l'éducation thérapeutique passe par la diffusion de son message, diffusion uniquement envisageable au prix d'une simplification ne conservant que la substantifique moelle...

Or, l'éducation thérapeutique doit faire partie de la démarche de soin du médecin comme de celle du paramédical au sens large. Elle ne peut concerner qu'une partie de l'équipe de soins et doit impliquer le prescripteur et gestionnaire donc en France le médecin sans quoi elle restera la plupart du temps du domaine du vœu pieux.

### L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE C'EST POSSIBLE !

#### Pourquoi en faire ?

Pour le patient... Certes mais pas seulement ! L'éducation thérapeutique est utile sur plusieurs plans.

- Sur le plan médical : Elle permet d'augmenter la compliance (élément toujours sous estimé par les praticiens) et d'améliorer le suivi. Elle



... suite page 9

permet également de diminuer la morbidité pour ce qui est de l'insuffisance cardiaque. Les données restent encore discutées pour ce qui est des syndromes coronariens aigus même si les données obtenues chez les patients diabétiques sont extrêmement positives.

- Sur le plan financier : Elle permet de diminuer le coût lié à l'insuffisance cardiaque comme cela a été montré chez les asthmatiques et chez les diabétiques entre autres. A ce titre, l'éducation thérapeutique convenablement mise en œuvre est un investissement de santé public rentable.
- Sur le plan du patient : L'éducation thérapeutique permet une meilleure compréhension de sa pathologie et surtout de son traitement et des règles hygiéno-diététiques qui sont moins vécus comme des diktats proférés par un corps médical bien portant à des lieues de la vie du patient... Les patients se sentent suivis et mieux compris ce qui permet un vécu humain de l'entrée dans une pathologie chronique invalidante plus facile pour le patient et ses proches. A ce titre, les relations existant entre l'équipe et le patient sont considérablement modifiées par l'éducation thérapeutique, les soignants étant impliqués dans la progression humaine et conceptuelle du patient vis à vis de sa maladie et éventuellement de sa mort... dont le ressenti est considérablement majoré pour l'équipe soignante.
- Sur le plan de la prise en charge : Elle permet de rendre le patient acteur vis à vis de la mise en œuvre des traitements et de la surveillance. Elle permet donc de modifier en partie nos habitudes qui consistent à repérer au moyens de consultations, de visites à domicile, d'infirmières, de réseaux les signes avant-coureurs d'une décompensation cardiaque par exemple ce qui d'études en études nécessite des moyens humains et financiers de plus en plus lourds... en effet, le but de l'éducation est de permettre au patient de se surveiller et d'appeler lui-même le médecin traitant, le cardiologue, le centre de suivi. Elle permet de passer du « j'ai pris 15 kilos, je ne peux plus mettre mes chaussures depuis 3 semaines et comme j'avais une

consultation de prévue j'ai attendu... » à « je suis plus essoufflé j'ai pris 2 kilos, ma créatinémie augmente que dois-je faire ? »... Certes tous les patients ne seront pas transformés en urgentistes mais certains réflexes pourront à bas coût permettre d'agir tôt et donc de diminuer la durée de séjour hospitalier, ce qui est le principal effet de l'éducation thérapeutique chez les insuffisants cardiaques dans notre centre.

#### Les réseaux de médecins et de patients...

Sur le plan médical il existe actuellement en France plusieurs réseaux ou les modalités de l'éducation thérapeutique sont assez variables et bien souvent individuels infirmiers ou multidisciplinaires. Mais la plupart de ces expériences sont plus basées sur une optimisation de la prise en charge médicale et paramédicale des patients principalement insuffisants cardiaques que sur l'éducation thérapeutique proprement dite. Pour ce qui est des organisations de patients, actuellement celles-ci ne sont pas en mesure de dispenser de l'éducation thérapeutique. Leur action est principalement ciblée soit sur l'entretien physique soit sur la prévention primaire mais leur activité demeure, pour ce qui est de la cardiologie française, relativement marginale à la différence d'autres pays ou d'autres spécialités (diabète, asthme).

L'école du cœur est un programme développé au centre hospitalier de Pontoise depuis près de 4 ans exportable dans l'ensemble des centres hospitaliers de taille moyenne en France. Son concept est de faire de l'éducation thérapeutique un élément intégré dans la prise en charge du patient et qui vise à le rendre acteur vis à vis de sa maladie et non pas un élément greffé sur le traitement médical de sa pathologie. Ces formations se sont basées sur les personnels et locaux existants.

Il existe en fait deux programmes ayant des cibles différentes. Le premier programme mis en place est celui concernant l'insuffisance cardiaque. Il consiste en un programme de formation réalisé dans le mois suivant l'apparition de l'insuffisance cardiaque mais ne se déroulant jamais au cours de l'épisode initial du fait de la « sidération » des patients confrontés à l'entrée dans la maladie. La formation se déroule sur une journée et demi. Les patients rencontrent l'infirmière spécialisée qui

pose alors un diagnostic éducatif. Le patient est également accueilli par une association de patients « le club cœur et santé de la région de Pontoise ». Le patient participe ensuite à un cours de formation « médicale » interactif après évaluation de ses connaissances et de son vécu vis à vis de la maladie. Le lendemain matin il participe à une séance de kinésithérapie dont le but est de lui permettre de lui faire découvrir et pratiquer des activités physiques adaptées qu'il devra reproduire ensuite chez lui. L'après-midi il bénéficie d'une prise en charge diététique visant encore une fois non pas à « interdire » mais à le rendre autonome et responsable. La session se termine par la négociation d'un objectif de progression et par un contrôle des connaissances acquises. Le suivi éducatif se fait alors par le cardiologue traitant.

L'autre volet plus récent a bénéficié d'un financement dans le cadre du prix HOPTRIA. Il concerne les patients atteints de lésions vasculaires au sens large. La séance de formation se déroule sur une journée avec des modules de cours de 30 minutes chacun axés sur les facteurs de risque (tabac, HTA,...) ou sur les gestes d'urgence. Un entretien infirmier est réalisé avant et après formation et un objectif individuel négocié avec le patient et communiqué au médecin traitant.

Les programmes... Suite au développement de l'éducation thérapeutique en France, plusieurs centres pilotes ont uni leurs efforts afin d'une part d'essayer de standardiser les outils d'évaluation et de formation et d'autre part de permettre un support éducatif. Actuellement le programme ICARE (Insuffisance cardiaque éduCation théRApeutique) parrainé par la Société et la Fédération Françaises de cardiologie permet de diffuser des outils et des formations pour les formateurs dans l'ensemble de la France.

Les éléments indispensables... En priorité de l'enthousiasme et de la motivation car la mise en place de ce type de prise en charge est souvent difficile car mal comprise au début et que ses effets ne sont visibles qu'à moyen terme ! Il existe également certains pré-requis indispensables à mon sens :

- Une évaluation régulière du travail effectué et de la satisfaction des patients et des médecins libéraux afin de pouvoir faire évoluer les outils et la formation elle-même.

... suite page 10

- Une formation des formateurs. Certes, rien ne vaudra une expérience de terrain mais d'une part la vision de quelqu'un de l'extérieur permet d'ouvrir les yeux sur certains dysfonctionnements et d'autre part se former ensemble soude l'équipe de formation et permet à l'ensemble des intervenants d'être sur la même longueur d'onde. Cette formation peut se faire par l'intermédiaire de DIU comme ceux organisés sur l'éducation thérapeutique ou sur l'insuffisance cardiaque ou par le biais de coopération avec les comités régionaux d'éducation à la santé (site inpes.fr)
- Des outils de formation. Ceux ci doivent être adaptés aux possibilités et particularismes locaux. Remettre des documents aux patients permet de poursuivre la formation après la session proprement dite. Par contre ce remis n'est qu'un élément complémentaire et ne doit pas devenir l'élément principal de l'éducation dispensée. L'absence d'outils en quadrichromie ne doit donc pas faire renoncer à la mise en œuvre d'une formation de patients.
- Une équipe médico paramédicale. Comme nous l'avons développé dans la première partie, une équipe éducative doit concerner l'ensemble de l'équipe traitante. La prise en charge du patient doit être globale et il faut donc agréger toutes les bonnes volontés afin de pouvoir faire une éducation globale et non pas que donner des conseils ou améliorer les connaissances « médicales » du patient. Par contre Il ne faut pas hésiter à commencer avec une équipe réduite...

### Les dangers

La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique n'est pas une mince affaire car elle nécessite des moyens humains et en locaux qui implique une certaine priorisation dans l'activité du service. Il faut donc garder à l'esprit les différents écueils qui peuvent rendre difficile le développement de ce type de soins...

- Une inadéquation entre la cible et la formation : En effet, la perception de la gravité de la maladie et de son influence sur sa vie quotidienne diffère considérablement entre un

patient de 35 ans qui vient de bénéficier d'une angioplastie sur une lésion mono tronculaire de la coronaire droite et qui est sorti du centre hospitalier à J+2 et un patient de 65 ans en classe NYHA 3 avec une insuffisance cardiaque sévère sur une coronaropathie tri tronculaire... Si le second voudra bien consacrer plusieurs jours à se former et verra effectivement sa symptomatologie se stabiliser après correction des conduites à risque il n'en sera pas de même du premier qui niera sa pathologie et aura du mal à consacrer 2 heures de son temps à une formation... dont il ne voit pas bien l'effet sur sa vie quotidienne en dehors de restrictions...

- L'éducation thérapeutique réduite à la remise de documents pré formatés :

C'est alors faire non pas de la formation mais de l'information. C'est certes plus facile et immobilise moins de ressources mais place le patient dans un rôle passif et non pas actif. Cette remise de documents n'est donc pas suffisante et gomme en plus pour le patient l'effet du groupe.

- L'éducation thérapeutique « déshumanisée »... c'est en particulier le cas des formations sur CD rom ou vidéo... le patient est une fois encore réduit à un rôle passif... il regardera ces supports pour le côté ludique ou esthétique mais pas pour un apprentissage particulier. Ce type de formation permet de diminuer l'effort en personnel mais ne débouche pas fréquemment sur une éducation du patient.

## EN CONCLUSION

L'éducation thérapeutique fait partie de la prise en charge moderne du patient en cardiologie au même titre que cela est largement pratiqué à l'étranger ou dans d'autres spécialités comme la diabétologie. C'est une activité de soins qu'il est possible de réaliser partout, en ville comme à l'hôpital à condition de rester dans une optique d'évaluation, de formation des formateurs et d'interactivité avec le patient. Ces différents éléments font qu'il est important de s'agréger à une structure permettant de fournir le soutien au moins logistique afin de réaliser une véritable éducation thérapeutique. C'est également l'occasion d'une collaboration ville - hôpital ; médecins et paramédicaux accrue... les uns ne pouvant travailler sans les autres... et le patient bénéficiant de cette synergie.

# VIE DU DELF 1

## PATIENTS D'ICI VENUS D'AILLEURS : ÉDUCATION ET INTERCULTURALITÉ

Caroline HOULBERT

**Ce ne sont pas les biens portants qui ont besoin de médecin,  
mais les malades.**

*Évangile de Saint Matthieu, 9, 12*



UE l'on parle de patients d'ici ou d'ailleurs à des soignants d'ici ou d'ailleurs, force est de constater que l'on ne parle de l'un que parce que l'autre existe... et réciproquement ! C'est par rapport au patient que le soignant est ce qu'il est. C'est par rapport au soignant que le patient est ce qu'il est. Tributaires de leur reconnaissance mutuelle, patient et soignant n'existent que par la relation dialectique qui les confronte et partant, le lien d'interdépendance qui les unit. Ce doublet relationnel dépendance-indépendance se situe non seulement au niveau fonctionnel (relation à la tâche) mais également au niveau personnel (qualité des relations interpersonnelles et intrapersonnelles). Alors que le niveau fonctionnel fait appel à un **savoir faire et se concentre sur le symptôme, l'organe ou la maladie**, le niveau personnel fait appel à un **savoir être** et interroge davantage le vécu du patient face à son dysfonctionnement physiologique ou sa pathologie.

Si la relation soignant/soigné devrait idéalement se développer de façon sereine et équilibrée entre savoir faire et savoir être, nous savons que les professionnels de santé sont presque exclusivement formés à intervenir au niveau fonctionnel. Diagnostiquer, panser, réparer, guérir, les étudiants deviennent progressivement de parfaits techniciens de la santé au point d'oublier parfois qu'ils ne soignent pas un diabète ou une jambe cassée mais une **personne malade** du diabète ou une **personne** qui a la jambe cassée. Alors que le soignant se sent relativement assuré et en confiance lorsqu'il entre en relation avec un patient présentant un symptôme ou une maladie qui se voit, que son savoir faire peut maîtriser et guérir sans que la participation active de ce dernier ne soit nécessaire, il se sent vite démunis face à un patient qui présente une maladie, une pathologie ou un symptôme sur lequel le savoir faire ne peut avoir de prise directe ou totale et qui nécessite donc que le patient prenne une part active au

processus de soin et partant, que patient et soignant travaillent ensemble.

Dès lors que le soignant se trouve dans la nécessité de demander au patient sa participation dans le processus de soin, c'est au niveau interpersonnel que se développera la majorité de l'accompagnement.

**« Ce que tu ne peux pas donner te possède »**

*André Gide, Les nouvelles nourritures*

Nous touchons ici à la difficulté essentielle soulevée par la maladie chronique, en l'occurrence le diabète. Le diabète est une maladie « invisible » qui ne se guérit pas. Le soignant ne peut par conséquent intervenir « directement » et de façon fonctionnelle sur la maladie, excepté sur les complications. Ainsi, le soignant n'intervient qu'en situation d'urgence lorsque la maladie devient visible suite à une observance thérapeutique fantaisiste ou négligente. Le soignant ne peut donc agir sur le diabète en tant que tel mais seulement prescrire un traitement, informer des risques et transmettre ses connaissances sur le sujet. Il appartient au patient de se saisir du traitement et de le suivre ! En aucun cas le soignant ne peut faire à la place du patient !

De fait, certains patients refusent de coopérer, sont peu rigoureux quant à l'observance thérapeutique, adoptent parfois des comportements dangereux, d'autres s'arrangent encore pour mettre systématiquement en échec la prescription... Désorienté, démuné et impuissant face à ces patients qui présentent des comportements incompréhensibles, inattendus et dangereux, le soignant, lorsqu'il ne démissionne pas, tente d'apporter de nouvelles réponses à la question de savoir : « *Comment faire comprendre*

*au patient que je sais ce qui est bon pour lui ? Comment lui faire comprendre que s'il refuse de modifier son comportement et d'adhérer à la démarche éducative que je lui propose, il met sa vie en danger ? »*

Et s'il n'est déjà pas simple de « faire comprendre » à un patient qui partage à peu près les mêmes références culturelles et religieuses que nous et qui parle la même langue, il est évident que les difficultés sont accrues lorsqu'il s'agit de patients à la langue, aux habitudes et aux croyances radicalement différentes des nôtres.

Dans le cadre de l'accompagnement d'un patient migrant, un des premiers réflexes peut être de chercher des informations sur la culture ou la religion du patient problématique comme autant de clefs de compréhension susceptibles de nous aider à « faire comprendre ». Cependant, si l'étude du migrant et l'ouverture à la connaissance d'autres cultures permet d'accéder à une certaine compréhension tout en évitant ponctuellement des erreurs de jugements ou des évaluations fausses, il convient d'une part **d'être vigilant sur l'utilisation que nous faisons de ces informations et d'autre part de réfléchir sur les motivations profondes qui nous poussent à vouloir les acquérir.**

### UNE CULTURE DIFFÉRENTE OU UN PATIENT AYANT UNE CULTURE DIFFÉRENTE ?

Nous En effet, en ce qui concerne l'utilisation que nous faisons de ces informations, si l'ouverture à la connaissance et l'apprentissage d'un certain nombre de données traditionnelles auxquelles appartiennent nos patients, permet d'accéder à une certaine compréhension et permet d'accepter certains comportements que l'on peut penser capricieux au départ, il faut être vigilant à ce que ces connais-



... suite page 10

ces ne nous amènent pas à enfermer progressivement le patient dans une culture ou une religion **au risque d'en faire le produit typique d'une société**. Centrées sur la culture et la religion présumées de l'autre, ces informations nous donnent des indications tout à fait précieuses sur certains rites, certains codes et certaines habitudes qui diffèrent des nôtres et avec lesquels il s'avère nécessaire de négocier dans l'élaboration du projet thérapeutique, certes, mais elles ne peuvent en aucun cas nous permettre de décoder les attitudes du patient... Or, trop souvent, la connaissance acquise nous amène à attribuer progressivement à nos patients toutes les marques culturelles du groupe auquel nous les rattachons. Le maghrébin est par exemple musulman donc respectueux du Coran et observe à ce titre le jeûne du ramadan. Et nous acceptons mal qu'il déroge à cette image alors que nous trouvons abusif de nous voir nous-mêmes enfermés dans les limites des images culturelles que les autres ont de notre groupe. Ainsi, le risque pourrait résider dans le fait que nous pensons être en relation avec le patient alors qu'il nous est caché par les informations que nous possédons. Le risque pourrait en définitive être que nous entrions en relation **non pas avec le patient mais avec sa culture ou sa religion**.

Or, la réalité de terrain prouve que nous ne rencontrons pas une culture figée et immobile mais **une personne qui met en scène une culture vivante**. Nos modes de vie, nos connaissances, nos moyens de transmission sont en permanente transformation. D'ailleurs, si certains aspects culturels ont leur place dans les musées, c'est bien pour que nous puissions garder la trace d'une expression authentique ou prestigieuse qui va disparaître parce qu'elle évolue sans cesse et que la culture est vivante ! Ainsi, chaque individu met en scène une culture, sa culture, création mouvante et strictement personnelle. Si cet aspect « vivant » est plus ou moins gérable lorsqu'il s'agit de patients de cultures et de religions théoriquement proches de la nôtre, il devient considérablement plus complexe en ce qui concerne les migrants ! Quelques sociologues se sont intéressés au devenir de la culture des individus en situation de migration et se sont rendus compte que la culture d'une population immigrée n'est déjà plus celle de son milieu d'origine même si elle n'est pas non plus la culture

de la société d'accueil. « *La culture d'une population immigrée constitue en elle-même une création originale en constante transformation (...)* », résume en substance le sociologue Louis Wirth. Le nom que l'on a donné à cette « création originale » est culture de l'émigration-immigration ou encore culture de l'entre-deux : « *On constate que lorsqu'un groupe humain numériquement important quitte son pays d'origine pour aller s'établir dans un pays qui n'est pas le sien, il tend à produire dans ce contexte spatio-temporel bien particulier une culture spécifique que l'on peut qualifier de culture de « l'émigration-immigration » ou culture de l'entre-deux*<sup>1</sup> », ajoute le sociologue Alain Moreau.

**N**ous pouvons dire qu'en soi, cette culture de l'entre-deux est une culture paradoxale ! D'une part elle résulte de la tentative de reconstituer « ici » un environnement qui ne peut exister que « là-bas », et d'autre part, elle renferme de nombreux faits culturels qui peuvent être contradictoires et incompatibles les uns par rapport aux autres, mais qui coexistent tant bien que mal dans une sorte d'équilibre transitoire, constamment remis en question.

L'immigré n'est donc pas confronté à deux cultures mais à trois cultures : celle de son pays d'origine, celle du pays où il s'est établi et celle de l'émigration-immigration !

En résumé, on se rend bien compte qu'il ne suffit pas de connaître les cultures ou les religions des pays de provenance pour pouvoir cerner avec pertinence la dimension culturelle de l'immigration ! Ainsi, les informations collectées sur les identités culturelles et religieuses présumées de nos patients ne peuvent **que fournir un cadre permettant de situer leurs comportements et expressions, mais non de les décoder**.

S'il convient de rester vigilant sur l'utilisation que nous faisons des informations concernant nos patients, il convient également de s'interroger sur les motivations profondes et quelquefois inconscientes qui nous poussent à chercher ces informations sur l'autre... sur cet étranger qui nous échappe... et que nous voudrions pourtant bien saisir !

## DÉSIR SUR L'AUTRE OU DÉSIR VERS L'AUTRE...



**U**TRE la curiosité et le plaisir que nous y prenons, ne tenterions-nous pas au fond de comprendre les « habitudes » culturelles et relationnelles de l'autre pour satisfaire principalement à notre objectif de « faire comprendre au patient que ce que nous lui prescrivons en terme de traitement, que ce que nous lui conseillons en terme de comportement et que ce que nous lui proposons dans le cadre de l'éducation thérapeutique est ce qu'il y a de mieux pour lui... » ? Ce serait comme si ces informations devaient nous aider à faire adhérer le patient au projet thérapeutique que nous formulons pour lui, comme si ces informations devaient nous permettre de convaincre le patient de nous écouter et d'accepter de se saisir du projet que nous lui proposons, comme si ces informations pouvaient nous permettre de retrouver ce pouvoir d'influence, cette confiance sans limite que le patient doit à son médecin.

**A**INSI, prenons garde aux intentions profondes que nous mettons dans l'apprentissage des spécificités culturelles et religieuses de nos patients : ces connaissances doivent-elles nous servir pour reconquérir du pouvoir sur ces patients qui nous échappent ou doivent-elles nous permettre d'entrer dans la confrontation, c'est-à-dire dans l'échange de point de vue et d'expérience avec pour finalité la négociation et l'élaboration d'un projet thérapeutique en partenariat avec le patient concerné ?

**B**IEN que le projet thérapeutique que nous proposons soit soucieux de la santé du patient et soit objectivement et théoriquement indispensable pour préserver la vie de ce dernier, il se révèle trop souvent un projet formulé pour l'autre... mais sans l'autre ! Un projet formulé du point de vue de la « culture thérapeutique » occidentale pour des patients possédant peut-être d'autres cultures thérapeutiques.

Ainsi, négocier le projet thérapeutique avec le patient n'est pas un procédé évident et nécessite de s'interroger sur :



<sup>1</sup> Alain Moreau, « Culture de l'entre-deux et survie psychique du migrant », *H et M*, n° 1190, septembre 1995, pp. 22-27.

... suite page 11

- Les positions respectives des soignants et des patients
- L'importance des appartenances, des identités, des systèmes de valeurs propres à chacun
- Les significations culturelles et sociales des symptômes et de la maladie
- L'influence des différentes « cultures thérapeutiques » auxquelles se réfèrent soignants et patients
- Et enfin, s'interroger sur les relations et interactions entre ces cultures.

En bref, « négocié » nécessite d'avoir toujours à l'esprit que nous sommes nous-mêmes porteurs de culture et de sous-cultures (institutionnelle, professionnelles, âge, sexe...) à partir desquelles nous pensons et décodons les autres, leurs comportements et le monde.

Entrer en négociation nécessite en quelque sorte d'accepter l'à peu près... d'accepter, à l'image de nos patients d'ici venus d'ailleurs, d'inscrire le projet thérapeutique dans un entre deux... entre deux points de vue, entre deux représentations, entre deux vécus, entre deux expériences, entre deux certitudes, loin de nos exigences, plus près de nos patients.

Cependant, une fois le projet thérapeutique négocié, ce n'est pas parce que le patient y **consent** que les difficultés disparaissent...

Face à un patient qui récidive, qui se laisse progressivement aller, dans l'élan de la déception nous ne pouvons nous empêcher de nous dire qu'il nous a menti, qu'il est de peu de volonté, caractériel, ambivalent, irresponsable... Et nous pourrions encore porter beaucoup d'autres jugements si nous nous laissions envahir par le réactionnel...

En fait, je pense que l'engagement pris au départ dans la négociation et dans l'adhésion au projet thérapeutique est tout à fait authentique et sincère. Seulement, passer du projet à la réalisation, c'est-à-dire du projet thérapeutique à l'observance thérapeutique n'est pas seulement une question de désir ou de

volonté mais relève d'enjeux bien plus profonds et inconscients qui touchent à la structure même de l'identité.

## LE CITOYEN DIABÉTIQUE

**A**ussi faut-il être conscient de ce que représente l'éducation thérapeutique pour le patient. Eduquer, c'est transmettre une manière d'exister autant que promouvoir une « forme de vie » avec celui ou celle qui est disposé(e) à les partager. Eduquer le sujet diabétique, migrant ou non, consiste donc à lui transmettre les « bons » usages de la société diabétique à laquelle, de fait et bien malgré lui, il appartient désormais. Alors que l'enseignement consiste à transmettre un savoir, un art, une technique et se destine à transmettre une manière de connaître, de faire et de dire, l'éducation est dirigée vers l'être même et s'oriente vers le futur de l'humanité. L'enjeu de l'éducation du sujet diabétique, migrant ou non, est donc pour l'équipe soignante, **d'accompagner le sujet dans un processus de changement pour lui-même**, c'est-à-dire de l'amener à troquer des habitudes de vie qui s'avèrent aujourd'hui dangereuses pour sa santé contre une « forme de vie » davantage adaptée aux exigences de la maladie. L'objectif n'est certes pas de remplacer de l'ancien par du nouveau mais plutôt d'amener le sujet à transformer progressivement sa « manière d'exister » de façon à vivre en congruence avec son statut de citoyen diabétique !

**C'**EST toute l'identité et l'appartenance qui se trouvent ainsi mises en chantier. Aussi, avant de s'aventurer dans des changements qui peuvent le déstabiliser (changements proposés en l'occurrence ici par l'éducation thérapeutique), nous remarquons que le sujet utilise (la plupart du temps de manière inconsciente) des processus naturels et sains d'autoprotection, que nous appelons communément résistances. Le « rejet » ou la « mise en échec » de l'éducation thérapeutique ne témoignent donc pas nécessairement d'un déni ou d'une mauvaise appréciation de la maladie, ni même d'une « déclaration de guerre » aux soignants mais sont le plus souvent des mécanismes de protection de soi et de sauvegarde de l'identité, motivés par la crainte du sujet de perdre sa cohérence vis-à-vis de soi et vis-à-vis des autres. Aussi s'avère-t-il fondamental de reconnaître ces mécanismes de défense comme un processus sain,

naturel et inhérent au principe même d'éducation. Au lieu de condamner le comportement « défensif » d'un sujet, interroger, clarifier, remettre en perspective son attitude d'autoprotection par rapport à une histoire familiale ou sociale se révèle en effet particulièrement efficace pour permettre au sujet de donner un sens à ce qu'il vit et partant, de se réapproprier son propre pouvoir thérapeutique.

**S**i l'éducation thérapeutique s'avère difficile et délicate dans le cas de sujets « sans histoire » partageant a priori les mêmes références culturelles et religieuses, l'apprentissage de nouvelles règles de vie thérapeutiques est d'autant plus « violent » pour un sujet migrant qu'il se trouve déjà lui-même dans un processus de changement et de transformation particulièrement éprouvant : il a quitté chez lui pour un ailleurs, en l'occurrence la France, aux codes et références qui lui sont la plupart du temps étrangers. Le patient migrant « bricole », « compose » et se trouve pris dans un processus de changement constant puisque la migration le contraint de fait, à intégrer des données nouvelles dans sa manière de penser, d'agir... Ainsi, on peut dire que l'immigré se trouve pris dans une mouvance identitaire permanente est qu'il n'a de cesse de construire l'équilibre entre ce qu'il était, ce qu'il aspire à être et ce que son environnement exige présentement.

Ainsi, lorsque vient se surajouter à cette mouvance identitaire déjà bien compliquée à gérer l'annonce du diabète, c'est comme si venait se surajouter pour le migrant une nouvelle « culture », plus exigeante que sa culture d'accueil actuelle, et qui forcerait peut-être à l'acculturation<sup>2</sup> dans le sens où il y a un véritable enjeu de vie ou de mort<sup>3</sup>.

Face au changement qu'implique son entrée soudaine dans la société diabétique, le migrant, d'un côté ne peut maintenir de façon rigide les identités passées qui étaient les siennes – le risque étant à long terme la mort – de l'autre, il ne peut faire table rase du passé et entrer de plein pied dans la société diabétique – le risque encouru étant la rupture avec le groupe et la communauté d'origine, ce qui peut être vécu comme une mort symbolique... voire réelle.



... suite page 12

## « APPARTENIR À PLUSIEURS MONDES EN UNE SEULE VIE <sup>4</sup> »

**DEPENDANT**, pour éviter que le migrant stoppe son processus de transformation en phase de déconstruction et de confusion, je pense que l'éducation thérapeutique doit précisément prendre en considération cette fragmentation identitaire et penser un dispositif d'accompagnement qui permette au sujet migrant de s'affilier au groupe des citoyens diabétiques sans pour autant renoncer aux valeurs dont il a été fabriqué jusqu'à présent.

Créée par Georges Devereux, l'ethnopsychiatrie propose précisément une approche susceptible de résoudre ce genre de problématique. Elle met en pratique une pensée originale qui prend délibérément le parti d'envisager les personnes, leur fonctionnement psychologique individuel et les modalités de leurs interactions à partir de leurs attachements à des langues, des lieux, des divinités, des systèmes de parenté, des ancêtres, des rituels et des institutions. Composé d'un thérapeute principal (de préférence de la même origine culturelle que le patient), de plusieurs co-thérapeutes, du médecin référent et d'un médiateur issu de la

même ethnie que le patient et parlant le même dialecte, le dispositif ethnopsychiatrique aide le patient à reprendre contact avec ses premières références culturelles afin d'apaiser le conflit qui se joue entre ses différents systèmes de références... Tout en lui montrant que l'acculturation n'efface pas tout ce par quoi il est construit et fabriqué. Si un diabète non traité mène à la mort, la déstructuration identitaire comporte le même risque !

L'enjeu de l'éducation thérapeutique pourrait donc être repensé en ces termes : comment permettre au patient migrant d'appartenir à plusieurs mondes en une seule vie... ?

« *Etranger, qui de nous n'est étranger sur terre ?*

*Et celui qui ouvre sa porte, et celui qui franchit le seuil,*

*Ont tous deux peur de ce qui doit changer en eux pour s'accomplir »*

Jean-Yves Masson,  
Offrande à l'étranger

C. H.

2 R. Redfiel, R. Linton et M.J. Herskovits désignent l'acculturation comme « l'ensemble des phénomènes résultant du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes avec des changements subséquents dans les types de culture originaux de l'un ou des autres groupes », « Memorandum on the study of acculturation », *American Anthropology*, n°38, 1936, p.149.

3 Le diabète ne se guérit pas mais peut être contenu et soigné par un traitement quotidien nécessitant une modification parfois radicale des habitudes de vie. Se soigner implique donc pour la personne malade du diabète de se rendre disponible à l'acculturation, c'est-à-dire d'accepter que sa « culture » de vie personnelle se transforme progressivement au contact de la « culture » diabétique. Si ce processus d'acculturation se vit parfois dans le conflit pour un patient européen éduqué selon le mode de penser et d'agir de la rationalité occidentale, le phénomène se complique lorsqu'il s'agit d'un patient migrant. Déjà pris dans un processus d'acculturation du fait même de sa migration, le patient se trouve en quelque sorte deux fois migrants, dans le sens où non seulement sa culture d'origine cède le pas à une culture de l'entre deux, mais le diabète exige également qu'il trouve un « compromis » entre cette culture de l'émigration-immigration et la culture diabétique. De plus, alors que le processus d'acculturation enclenché par une migration géographique autorise non seulement une « création » culturelle adaptée au rythme, aux besoins et aux aspirations de chacun mais peut également être refusée, l'acculturation forcée par l'annonce de la maladie s'impose brutalement à la personne sans pouvoir être discutée, ralentie, différée ni même refusée sous peine d'en mourir à plus ou moins long terme.

4 Expression empruntée à Serge Gruzinski, *La pensée métisse*, Fayard, 1999.

### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Diabétologie CHU - 38700 La Tronche

Serge HALIMI

Tél. 04 76 76 58 36

### DIRECTEUR DE RÉDACTION :

Hôpital Gilles-de-Corbeil 59 bd H. Dunant

Guillaume CHARPENTIER

### RÉDACTEUR EN CHEF :

CH de Gonesse - 25 rue Pierre de Theilley - BP 71 - 95503 Gonesse cedex

Monique MARTINEZ

Tél. 01 34 53 27 53

## DIABÈTE ÉDUCATION

### COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)

Alina CIOFU (Montargis)

Cécile FOURNIER (Paris)

Helen MOSNIER-PUDAR (Paris)

Julie PÉLICAND (Bruxelles)

Julien SAMUEL LAJEUNESSE (Paris)

Fabrice STRNAD (Pontoise)

Martine TRAMONI (Neuilly s/Seine)

### IMPRESSION

REPROTECHNIQUE

25 rue Tourneroche - 92150 Suresnes - Tél. : 01 46 97 25 80

Mail : reprosuresnes@reprotechnique.com - www.reprotechnique.com

### CONCEPTION - PAO

TARIK HANNANE - REPROTECHNIQUE



## DIABÈTE ÉDUCATION

## Le journal du DELF

Le MENSUEL de  
l'éducation sur le diabète  
en langue française

Bulletin d'abonnement  
en avant-dernière page

## QUELLES DIFFÉRENCES DE REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE MÉDECINS EN FORMATION POST-GRADUÉE À L'ÉGARD DE PATIENTS DE DIFFÉRENTE CULTURE ?

Par Carine Layat, UDREM, Faculté de Médecine,  
Université de Genève, Suisse  
carine.layat@medecine.unige.ch

**D**ANS la pratique clinique, l'éducation du patient exige du médecin des compétences de communication (Sommer et coll. 2005). Outre les compétences de contenu (que dit-on ?) et de technique (comment le dit-on ?), la communication médecin-patient exige également des compétences perceptuelles, qui comprennent entre autre les attitudes du médecin par rapport au patient, la prise de conscience des émotions et des pensées qui se forment à propos du patient (Silverman et coll., 2005). Pour étudier ces aspects, nous avons dans le cadre de cette recherche travaillé avec le cadre des représentations sociales. Ces dernières sont définies comme « des concepts, des explications dont l'origine se situe dans le cours des communications interindividuelles quotidiennes » (Moscovici, 1981).

**P**OUR donner du sens à la réalité sociale, les individus cherchent à se la représenter. Le processus de représentation exige de l'individu de simplifier et transformer cette réalité sur la base de leur connaissance antérieure. La réalité est pour ainsi dire décryptée au moyen de lunettes qui servent de grilles de lecture aux individus. Plus concrètement, appliqué au domaine de la réalité clinique qui est de nature complexe, cette étude vise à analyser les représentations sociales que le groupe professionnel des médecins se forge à l'égard de patients migrants, reconnus comme posant souvent des difficultés au médecin (Archinard, 1996).

**D**ANS le domaine de la formation d'adulte, les représentations sociales des apprenants constituent une base solide pour développer une formation de qualité (Albertini et Dussault, 1984). Au vu des lacunes dans la formation en communication médecin-patient migrant (OFSP, 2002) en Suisse, l'objectif de cette recherche a pour objectif de donner un portrait plus précis des médecins en formation post-graduée.

**V**INGT-huit médecins en formation post-graduée ont participé à l'étude sur base volontaire. Ils ont rencontré deux patients standardisés (un suisse et un kosovar) afin de pouvoir comparer les résultats obtenus. Le choix de travailler avec un patient d'origine kosovare est délibéré, puisqu'il correspond à la réalité actuelle d'immigration en Suisse, les personnes kosovares étant nombreux parmi les nouveaux immigrants en Suisse. De plus, les soignants sont encore peu familiarisés à soigner les immigrants de ce pays.

**D**ES deux patients standardisés de l'étude ont été formés afin qu'ils jouent un scénario équivalent sur les problèmes biomédicaux exposés, sur leur situation psychosociale, sur leur attitude face à la maladie chronique et sur leur comportement de communication avec le médecin. Les scénarios des deux patients différaient en partie sur leur appartenance culturelle, sur leur statut juridique en Suisse et sur leur degré de maîtrise de la langue française.

**N**OUS avons filmé les entretiens médicaux et environ une semaine après, nous avons effectué un rappel stimulé. Cette méthode de recueil des données consiste à visionner les entretiens médicaux pratiqués par le médecin interrogé et ce dernier donne ses commentaires sur la façon dont il perçoit les deux patients.

**D**ES résultats montrent que les médecins en formation post-graduée diffèrent dans les représentations sociales qu'ils font des patients de différentes cultures. Premièrement, la culture est une dimension importante pour se représenter le patient kosovar, ce qui n'est pas le cas pour le patient suisse. Lié au fait que le patient est d'une autre culture, son manque d'éducation est particulièrement relevé par les médecins. En ce qui concerne les représentations à l'égard de l'attitude du patient face à la maladie chronique, les médecins relève la passivité du patient kosovar dans l'acceptation de la maladie, contrairement au patient suisse qui est perçu comme actif. Ce dernier point qui nous intéresse tout particulièrement, dénote une différence de représentation des patients sur ce point mais également une transformation importante de la réalité, puisque les deux patients jouaient tout deux la même attitude sur ce plan, à savoir un patient actif dans le processus d'acceptation de la maladie.



... suite page 16

**S** EN conclusion, nous relèverons deux faits. Premièrement, les médecins parlent de la culture seulement quand ils cherchent à se représenter un individu qui n'est pas de la leur. Comme si la culture est un bon concept pour les autres...cette position que nous pouvons juger d'ethnocentrique est très souvent observée dans la littérature et repose la question de la décentration du professionnel par rapport à sa propre culture. Deuxièmement, le fait d'être actif dans le processus d'acceptation de la maladie est moins reconnu pour le patient kosovar que le patient suisse. Cette différence de reconnaissance peut être le résultat de plusieurs facteurs biaisant la vision des médecins. Nous en soulèverons un seul. Les médecins pourraient être moins sensibles et moins sensibilisés à la façon d'exprimer l'attitude active dans le processus d'acceptation de la maladie par le patient kosovar. Ainsi, ce comportement des professionnels de la santé serait une illustration de leur manque de décentration par rapport à certains panels de comportements et attitudes des patients d'autre culture. Il donnerait également un constat sur la formation des médecins en formation post-graduée...mais se décentrer s'apprend !

## BIBLIOGRAPHIE:

### **ALBERTINI, J.-M. ET DUSSAULT, G. (1984).**

- Représentation et initiation scientifique et technique. In C. Belisle et B. Schiele (Eds.)
- Les savoirs dans les pratiques quotidiennes: recherches sur les représentations (pp.304-320). Paris: CNRS.

### **ARCHINARD, M. (1996).**

- « Quand la relation médecin-malade est difficile ...mais pas désespérée », Médecine et Hygiène, 54E, 2036-2038.

### **MOSCOVICI, S. (1981).**

- On social representations. In J.P. Forgas (Ed.).
- Social cognition : Perspectives on everyday understanding (pp.78-101). London : Academic Press.

### **OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2002).**

- Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006. Berne : OFSP.

### **SILVERMAN, J., KURTZ, S. ET DRAPER, J. (2005).**

- Skills for communicating with patients. San Francisco: Radcliffe publishing.

### **SOMMER, J., GACHE, P. ET GOLAY, A. (2005).**

- L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. In Cl. Richard et M.-Th. Lussier (Eds).
- La communication professionnelle en santé (pp.655-693). Saint-Laurent : Erpi.



# SANTÉ-ÉDUCATION

## PARIS 2007

2 février 2007

**Auditorium de l'Institut Pasteur  
28 rue du docteur Roux - 75015 Paris**



## pré - programme

### ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : ET LA PRATIQUE !

- TENDANCES INTERNATIONALES EN ORGANISATION DES SOINS DANS LES MALADIES CHRONIQUES Rafael Bengoa (Espagne)
- ORGANISATION AU NIVEAU NATIONAL DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE: L'EXEMPLE DE L'ALLEMAGNE Victor Jorgens (Dusseldorf)
- ÉDUCATION EN GROUPE - ÉDUCATION INDIVIDUELLE: POUR QUI, POURQUOI, COMMENT ? Anne Lacroix (Genève)
- ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN AMBULATOIRE: JUSQU'OU PEUT-ON ALLER ? Fabienne Elgrably (Paris)
- POUR LA PRATIQUE ON RETIENDRA Alain Golay (Genève)
- LES RÉSEAUX DE SANTÉ : UNE CHANCE POUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE PROXIMITÉ Etienne Mollet (Dôle)
- ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE Éric Drahi (Saint Jean de Braye)
- QUEL RÔLE POUR LE PHARMACIEN EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE Olivier Bourdon (Paris)

### ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET CANCER

- L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ATTEINT DE CANCER AVANT UNE CHIMIOTHÉRAPIE Jérôme Alexandre (Paris)
- LES GROUPES PSYCHO-ÉDUCATIONNELS : UN MODÈLE ÉDUCATIF POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER Sylvie Dolbeault (Paris)

## NOUVEAU

Soumission des résumés on-line  
[www.diabete-education.com](http://www.diabete-education.com)

**Date limite de soumission: 30 novembre 2006**



# Bulletin d'abonnement à Diabète Education et inscription au DELF



**INSCRIVEZ-VOUS,  
ET VOUS SEREZ ABONNÉ !**



Photocopier et découpez suivant les pointillés, pliez suivant le tireté et glissez le coupon dans une enveloppe longue à fenêtre.

## INSCRIPTION AU GROUPE "DIABÈTE ÉDUCATION DE LANGUE FRANÇAISE"

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

**Inscription pour l'année 2006 - Droit d'inscription : 20,00 Euros**

Ces droits permettent d'être membres du DELF et de recevoir le journal "Diabète Éducation"

**Libellez votre chèque à l'ordre de "Diabète Éducation de Langue Française"**

Souhaitez-vous un justificatif ? oui  non

NOM : \_\_\_\_\_ et/ou tampon :

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Plier suivant le tireté

Adresser à :

**Profession :**

Médecin

Infirmière

Diététicienne

Psychologue

Autre

**Activité(s) :**

Hospitalière

Libérale

Madame Helen MOSNIER PUDAR  
Sce Maladies ENdocrines et Métaboliques  
Hôpital COCHIN  
27 rue du Fb St Jacques  
75679 PARIS Cedex 14



**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\***



**Une seule prise par jour**

COMPOSITION ET FORMES : Gliclazide 30 mg cp à Libération Modifiée. Btes de 30, 60, 100. INDICATION : DNID (diab. type 2), chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la réduc. pondérale seuls ne sont pas suffisants pour obtenir l'équil.

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

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

l'insuline (un traitement associé par insuline peut être instauré sous stricte surveillance médicale). Respecter un intervalle de 1 mois mini. entre chaque palier. CTJ : 0,30 € à 1,20 €.

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 : Majorent l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillé),  $\beta$ -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres antidiab. (insuline, acarbose, biguanides),

antagonistes des récept.-H<sub>2</sub>, IMAO, sulfonamides et AINS ; diminuent l'effet hypoglyc. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoïdes, tétracosactide ; en IV : ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte :

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

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

cholestatique : arrêt immédiat du trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCÉMIANT-ANTIDIAB. ORAL. DIAMICRON 30 mg possède un hétérocycle azoté qui le différencie des autres sulfamides. Prop.

métaboliques : DIAMICRON 30 mg restaure le pic précoce d'insulinosécrétion, en présence de glucose. En plus de ses propriétés métaboliques, DIAMICRON 30 mg présente des propriétés hémovasculaires : DIAMICRON 30 mg

diminue le processus de microthrombose. Prop. pharmacocin. : après l'adm., les conc. plasmat. de gliclazide augmentent progressivement jusqu'à la 6<sup>e</sup> h puis évoluent en plateau entre la 6<sup>e</sup> et la

12<sup>e</sup> h. La prise unique quotidienne de DIAMICRON 30 mg permet le maintien d'une concentration plasmatique efficace pendant 24 h. LISTE I - Remb. Séc. soc. 65 % - Coll. À conserv. dans le conditio. d'origine. AMM 3541848 - 30 cp : 9,73 €, AMM 3541860 - 60 cp : 17,98 €, AMM 3541883 - 100 cp (mod. hosp.). 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.

\*\* Décerné par les médecins présents au MEDEC, remis le 27 septembre 2005

