



DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ EDUCATION
Spécial Congrès
Février 2011

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

éd:to

BIENVENUE À SANTÉ EDUCATION

HÉLEN MOSNIER PUDAR

Au nom du Comité Scientifique et du Comité d'organisation, je vous souhaite la bienvenue au congrès Santé Education. 2011

Au moment où la place de l'éducation thérapeutique est enfin reconnue, où son importance ne souffre plus de débat, l'existence d'une réunion comme la notre prend tout son sens. Nous n'étions que quelques précurseurs il y a un peu plus de 10 ans et aujourd'hui votre venue en nombre, nous conforte et nous reconforte.

Ce succès, l'intérêt grandissant pour notre discipline nous a incité à profondément modifier la structure du congrès en offrant, nous l'espérons, encore plus de lieux d'échanges et d'apprentissage. Ainsi en plus des conférences plénières, nous vous proposons :

- des ateliers d'une durée de 2 heures, limités à 50 participants maximum, avec inscription préalable ;
- des démonstrations d'outils ;
- une discussion des communications affichées ;
- et plus de sessions de communications orales.

L'autre nouveauté est la disparition de la rubrique « Autre maladie chronique ». En effet il nous a semblé important dans la veine des années précédentes de donner plus de place à une approche transversale avec un thème central « EDUCATION, APPRENTISSAGE, ACCOMPAGNEMENT », des rapports et textes officiels (loi HPST et ses décrets d'application) aux actions de terrain, mais surtout de partager plus d'expérience avec

des soignants d'autres pathologies chroniques. Une place plus grande à la parole des patients et de leurs proches a aussi été une volonté du Comité scientifique.

Les travaux originaux prennent de plus en plus de place. Cette année 53 résumés ont été soumis. Nous espérons que les choix que nous avons fait satisfieront pleinement votre appétit d'apprendre. Pour plus de résultats originaux, nous avons décidé d'augmenter le nombre de sessions orales, de donner plus de place aux communications affichées. Les outils sont indispensables dans notre discipline, nous faisons tous preuve de beaucoup d'imagination dans leur conception et dans leur évaluation. Là aussi il nous a semblé important de pouvoir prendre un temps d'échange et de partager ce que nous inventons ici et là. Ainsi le Comité scientifique a choisi parmi les résumés, les outils qui semblaient les plus pertinents, les plus originaux et vous pourrez échanger avec leurs concepteurs à l'occasion de la session de Démonstration d'outil

Nos partenaires industriels sont toujours plus présents et nous soutiennent dans notre effort d'échanges et de communications, grâce à des symposia et des ateliers déjeuners.

Nous tenons à les remercier vivement de leur implication.

Bon congrès Santé Education à tous

Helen Mosnier-Pudar

Pour le Comité Scientifique Santé Education

SOMMAIRE

Éditorial : Bienvenue à Santé Éducation P. 1
Hélen Mosnier Pudar

Contexte politique et juridique de l'éducation thérapeutique du patient... P.2
Élisabeth Gaillard, Stéphanie Portal

Formation des professionnels libéraux à l'éducation thérapeutique : intérêt de l'accompagnement sur le terrain. Expérience du réseau Savediab... P.2
F.Rozier, V.Besson, D.Jean, C.Boutet, C. Waterlot

La maladie chronique : « fardeau pour l'entourage » P.4
Gwénaëlle Thual

La mucoviscidose : une atteinte à la vie de couple. Rôle des conjoints de patientes adultes atteints de mucoviscidose. P.8
Anne Badatcheff

Les malades de Parkinson entre rêves et réalités ; pas si loin que ça, l'espoir ? P.10
Anny Augé-Valley

ABSTRACTS P.12

CONTEXTE POLITIQUE ET JURIDIQUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

ELISABETH GAILLARD, STÉPHANIE PORTAL, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est aujourd'hui reconnue par l'ensemble des acteurs comme une priorité de santé publique pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Entre 2002 et 2006, l'ETP a été inscrite quasi systématiquement dans les programmes nationaux de santé publique (diabète, maladies cardio-vasculaires, asthme, BPCO, obésité et hépatite C) ; elle constitue une mesure prioritaire du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.

L'objectif des pouvoirs publics est désormais de généraliser l'ETP et d'en faire bénéficier les personnes atteintes de maladies chroniques. Les travaux récents sur le sujet, notamment le guide méthodologique HAS/INPES : « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » (2007) et le rapport « Pour une politique nationale en éducation thérapeutique du patient » de C. Saout, B. Charbonnel et D. Bertrand (2008) ont constitué des bases

solides pour l'élaboration de l'article 84 de loi Hôpital, patients, santé, territoire du 21 juillet 2009, article consacré à l'éducation thérapeutique du patient.

L'ETP est désormais inscrite dans le code de la santé publique (art L. 1161-1 à L. 1161-4). La Loi donne ainsi la possibilité de promouvoir et de développer, de façon pérenne et au plus près des lieux de vie de la population concernée, des programmes d'ETP, qui étaient, jusque là, majoritairement mis en oeuvre par les établissements hospitaliers et surtout très hétérogènes.

En application de la loi, l'Etat dispose d'un corpus réglementaire depuis le 2 août 2010 qui repose sur trois textes :

- le décret relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient par les Agences régionales de santé ;
- l'arrêté relatif aux conditions de mise en oeuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient en application de l'article L.1161-2 qui fixe le cahier des charges auquel

doivent se conformer les programmes pour pouvoir être autorisés et la composition du dossier de demande d'autorisation d'un programme ;

- le décret et l'arrêté relatifs aux compétences en éducation thérapeutique du patient .

Ce dispositif est centré sur un régime d'autorisation, afin de garantir aux patients une offre de qualité dispensée par des professionnels formés.

Au plan régional, les agences régionales de santé (ARS) sont au cœur de ce dispositif. Elles ont pour principales missions de délivrer les autorisations, d'évaluer les programmes, de veiller au maillage territorial. Par ailleurs, il leur appartient, sur la base des financements qui leur sont octroyés, de financer les programmes d'ETP qui répondent aux priorités régionales ou ciblées par le cahier des charges national.

Haute autorité de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques - guide méthodologique, juin 2007.

FORMATION DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : INTÉRÊT DE L'ACCOMPAGNEMENT SUR LE TERRAIN EXPÉRIENCE DU RÉSEAU SAVEDIAB

F. ROZIER (1), V. BESSON (2), D. JEAN (1), C. BOUTET (2), C. WATERLOT (3).
RÉSEAU SAVOIE EDUCATION DIABÈTE, SAVEDIAB, 73 000 CHAMBERY.
(1) INFIRMIÈRE, (2) DIÉTÉTICIENNE, (3) MÉDECIN - ENDOCRINOLOGUE

Le réseau Savediab, Savoie Education Diabète, créé en 2006, a pour objet principal le développement de l'éducation thérapeutique individuelle et collective pour les patients diabétiques de Savoie, en vue de diminuer les complications du diabète.

Initialement, l'équipe salariée, formée à l'éducation, assurait les diagnostics éducatifs et l'animation des séances collectives. L'extension du réseau nous a rapidement conduits à revoir cette organisation, d'autant plus que notre territoire est assez étendu et

comporte des zones difficilement accessibles. Nous avons aussi la volonté de diffuser la formation à l'ETP auprès des professionnels libéraux pour qu'ils puissent l'intégrer dans leur pratique quotidienne, en insistant sur les effets positifs d'une ETP respectueuse de l'identité et de l'autonomie des patients et centrée sur l'écoute, l'empathie et la disponibilité. Le temps du diagnostic éducatif nous paraît à ce titre essentiel, quand il est vécu comme un moment de libre expression pour les patients, sans contrainte de temps (dans

une certaine limite) et sans « case à cocher ». L'expérience des diagnostics éducatifs effectués par l'équipe salariée nous avait montré combien cet espace de parole permettait l'expression de problématiques parfois inattendues mais essentielles pour le patient. Nous avons donc organisé une formation centrée sur le diagnostic éducatif (DE) et comprenant un accompagnement sur le terrain.

Déroulement de la formation : cette formation indemnisée se déroule sur 3 demi-journées. Sa particularité est d'associer un temps de for-

••• suite page 2

mation théorique et un accompagnement sur le terrain puis un retour d'expériences (cf encadré). Entre 2008 et 2010, une cinquantaine de professionnels paramédicaux ont été formés (infirmiers, diététiciens, pharmaciens) sur plusieurs territoires de la Savoie (Chambéry, Aix les bains et Albertville). En moyenne 15 professionnels se sont inscrits à chaque session.

Analyse de la formation : Pour analyser l'impact de cette formation, nous avons adressé un questionnaire aux professionnels formés et recueilli leurs réflexions lors du travail d'accompagnement sur le terrain. 50% des professionnels contactés ont répondu au questionnaire. Voici les principales informations issues de ce travail : Avant la formation, et bien que le thème en ait été clairement annoncé, la majorité des professionnels (65%) s'étaient inscrits en pensant actualiser leurs connaissances médicales sur le diabète. Ce "malentendu" témoigne de la méconnaissance de l'éducation thérapeutique et le manque d'intérêt parfois constaté pour l'éducation thérapeutique vient peut-être en partie de cette incompréhension. Concernant le déroulement de la formation, même si la formation théorique avait été conçue pour favoriser l'échange d'expérience et la mise en application des principes de l'ETP, la plupart des participants (75%) ont souligné l'apport essentiel de l'accompagnement proposé lors des premiers DE. L'analyse faite par les professionnels formés montre que ce sont surtout les éléments concernant le positionnement et l'attitude du soignant qui ont été remarqués pendant ces entretiens. Il est difficile de transmettre ces notions lors des sessions théoriques, même en utilisant des jeux de rôle, car le caractère factice des situations envisagées complique le travail sur les aspects non verbaux de la communication. La grille d'entretien a été jugée très utile par la majorité des professionnels, mais là aussi l'utilisation qui en est faite peut réduire le diagnostic éducatif au remplissage d'un questionnaire, comme lors d'un diagnostic médical. L'accompagnement proposé par les formatrices a permis d'évoquer cette difficulté et de souligner l'importance d'une parole libre pour le patient. Le réflexe du soignant qui débute dans cette nouvelle relation, est souvent de se raccrocher à la grille pour retrouver les repères d'un entretien classique. L'objectif de l'accompagnement était d'offrir une sécurité pour les premiers entretiens, favorisant la parole du patient.

La perception de l'ETP par les professionnels a évolué au fil de la formation et en particulier leur analyse des qualités essentielles pour

Déroulement de la formation

1ère demi-journée :

- Découverte de l'ETP à partir d'un travail d'analyse d'une situation éducative vécue par un participant volontaire
- Echanges autour des concepts de motivation du patient, d'observance, d'alliance thérapeutique : quelles représentations en avons-nous ?
- Initiation au principe de diagnostic éducatif (contenu, objectifs et posture du soignant) à partir de la question : « comment mieux connaître et comprendre le patient »

2ème demi-journée :

- Mise en situation et analyse d'un diagnostic éducatif à partir d'un jeu de rôle :
 - o *Techniques d'entretien* : questions ouvertes, respect du temps de parole du patient, sans jugement ...
 - o *Thèmes à aborder* : savoir-faire, savoir-être ... du patient
 - o *Objectifs éducatifs* : convenus avec le patient, comment les rédiger
 - o Grille d'entretien : comment l'utiliser, ce qu'elle est (un support, une aide), ce qu'elle n'est pas (un listing à remplir)
 - o *Synthèse du diagnostic éducatif* : ressources et difficultés du patient

Réalisation de diagnostics éducatifs en binôme sur le terrain (professionnel libéral formé + un salarié du réseau) sur tout le territoire de la Savoie.

3ème demi-journée organisée à distance :

- Partage d'expérience sur les premiers diagnostics éducatifs réalisés
- Présentation et orientation vers le Plan Personnalisé de Santé (PPS)

pratiquer l'ETP : l'écoute est citée par 94% des professionnels, l'empathie et la reformulation par 50%. De même, quand on leur demande quels sont les objectifs de l'ETP, l'observance thérapeutique (45%) vient derrière l'amélioration de la qualité de vie (73%) et la volonté d'aider le patient à trouver ses propres solutions (60%). Cette formation a enrichi leur relation avec l'ensemble de leurs patients, au-delà des patients diabétiques et le nombre de professionnels qui souhaitent poursuivre leur formation dans ce domaine en témoigne. Elle a aussi contribué à améliorer le travail multidisciplinaire. Les professionnels se sentent plus à l'aise pour échanger entre eux, quelque soit leur profession, et n'hésitent pas à provoquer des rencontres.

Les professionnels ont aussi évoqué les limites de cette formation : il leur est ainsi apparu nécessaire de compléter leurs connaissances sur le diabète ce qui n'était pas proposé dans notre formation. Ils ont aussi souligné la difficulté d'intégrer le DE dans leur pratique quotidienne par manque de disponibilité tout en notant l'intérêt d'une pratique régulière de cet

entretien pour en faciliter le déroulement. De leurs côtés, les formatrices ont été confrontées à certaines situations délicates sur le terrain : certains professionnels avaient du mal à faire la distinction entre leur rôle propre (infirmière, diététicienne etc...) et la position d'éducateur à la santé correspondant à cet entretien. Il en découlait parfois une orientation de l'entretien et des conseils inadaptés au but de la rencontre. Des questions d'ordre éthique ont été soulevées : intrusion inutile dans la vie intime du patient, prosélytisme religieux ... L'accompagnement des professionnels sur le terrain nous a ainsi fait percevoir un enjeu important de la formation : l'ETP peut devenir un instrument de manipulation des patients, si ses objectifs ne sont pas clairement énoncés et acceptés par les professionnels qui souhaitent se former. Il nous semble essentiel d'insister sur des



... suite page 3

notions telles que le respect de l'intimité des patients, de leur autonomie décisionnelle. Au terme de ce parcours de formation, nous pensons que l'association d'une formation théorique et d'un accompagnement sur le terrain a donné toute sa richesse à cette formation. Pour répondre aux difficultés rencontrées, nous proposons de poursuivre les échanges avec les professionnels formés grâce à des réunions semestrielles animées par les formatrices et avec la participation du psychologue du réseau.

Ces rencontres permettent de poursuivre la formation initiale et de faire évoluer ensemble nos pratiques professionnelles. Nous réfléchissons aussi à intégrer à cette formation un temps de formation médicale sur le diabète. Enfin, nous avons élaboré une charte rappelant les principes éthiques de l'ETP, que nous donnons aux professionnels en formation. Les formations vont se poursuivre sur l'ensemble du territoire, pour permettre aux professionnels libéraux d'assurer progressivement le relais de l'équipe salariée dans la prise en

charge éducative de proximité. Parallèlement, nous souhaitons renforcer le rôle de soutien et de formation apporté par l'équipe salariée auprès des professionnels de chaque secteur. Depuis peu, la mise en place du Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour chaque patient adhérent contribue à accroître l'intervention de ces professionnels auprès des patients, dans le cadre de l'accompagnement proposé après la rédaction du PPS.

Savédiab. Formation au diagnostic éducatif

LA MALADIE CHRONIQUE : 'FARDEAU' POUR L'ENTOURAGE ?

GWÉNAËLLE THUAL

Selon les dernières données DREES, plus de 8 millions¹ de nos concitoyens sont actuellement des aidants familiaux, qui accompagnent une personne malade ou dépendante. Ce contexte inédit induit deux questions complémentaires : d'une part, comment doit-on comprendre le terme de 'fardeau', souvent utilisé, pour décrire l'impact de la maladie -et sa prise en charge- sur l'entourage? D'autre part, quelles sont les formes d'accompagnement -formation, éducation thérapeutique ou autre- de nature à réduire ce 'fardeau' en aidant les proches ?

DE LA SYMBOLIQUE DE LA MALADIE AU REGARD DE LA SOCIÉTÉ SUR LE PROCHE

Parce que l'individu est toujours intégré dans un groupe domestique, une société et une culture, il est imprégné d'implicites sociaux, qui participent d'un imaginaire collectif. Et au travers de ceux-ci, la maladie est souvent appréhendée comme une épreuve de la vie, un 'fardeau' expiatoire voire la manifestation d'une punition pour un « péché² ». Un lien rapide -ou plus précisément une association- a été/est fait entre la maladie comme 'fardeau' et le malade qui deviendrait alors un 'fardeau' pour son entourage. Une symbolique est aussi à l'œuvre dans la relation qui unit le proche à la personne souffrante qu'il aide. « La relation aidante ne se décrète pas. Elle répond pourtant à certains impératifs symboliques et sociaux intériorisés qui offrent des repères face au malheur et à la maladie.³ » Ces « impératifs (...) intériorisés⁴ » agissent à la manière d'un « inconscient col-

lectif⁵ » dominant la conscience individuelle. Par l'habitude, la pression du tout sociétal, ces impératifs sont constitués en normes rassurantes car ils sont autant de repères permettant à l'homme d'agir sur un sol, qui est par essence, instable⁶.

La presse est une vitrine qui reflète le regard de la société. Il n'est donc pas étonnant que cette pression permanente exercée sur les individus y soit relatée. L'étude ADMIRE, réalisée en 2005, montre que la maladie se propage au proche, et phagocyte tout le relationnel qui constitue l'espace entre la personne malade et son entourage.

Ce faisant, les interactions y sont vues comme allant de l'entourage à la personne malade. L'acte même d'accompagner est réduit à la maladie, niant ainsi la spécificité de la personne même qui aide mais aussi de l'aide elle-même. « À terme, une notion qualifiante pour l'entourage émerge : celle de « co-malade » (...) ⁷ ».

Ces représentations sociales tendent à faire de la maladie un fardeau pour le proche, ce dernier étant perçu comme « (...) privilégiant (...) les interactions « soutien », « communication » et « médiation ». ⁸ »

Bref, la société fait de lui un « acteur secondaire⁹ », voire un tiers à d'autres relations (telles que celles du malade -soignant¹⁰). Or, « le prochain n'est pas un objet social -fût-il de la deuxième personne-, mais un comportement en première personne ¹¹ ».

Dans cette perspective, s'il s'agit de laisser une place au proche¹² dans la relation de soin, il s'agit aussi de comprendre en quoi, au quotidien, il est l'acteur à la première personne et non le tiers-auxiliaire de la personne malade.

1 Weber, A., « Données de cadrage concernant l'aide dans les deux enquêtes Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Aidants (2008) », Les Aidants familiaux, sous la direction d'Alain Blanc, PUG, 2010, p. 71.

2 Evangile selon St Jean, 9.1-7, sur la guérison de l'homme aveugle de naissance

3 Ibid.

4 Ibid.

5 Jung C.G., L'homme et ses symboles, Ed. Robert Laffont, 2002.

6 Aristote, Ethique à Nicomaque, livre I.

7 Etude ADMIRE, Médias et entourage, Analyse de Discours des Médias sur l'Image et les Relations de l'Entourage, page 4, disponible sur http://www.proximologie.com/downloads/Etudes/Depliant_Admire.pdf.

8 Ibid.

9 Ibid.

10 Même si actuellement une notion est en train d'émerger, pour qualifier le proche, celle de 'co-soignant'.

11 Ricœur, P., Histoire et Vérité, Ed. Seuil, 2001, p. 114.

12 Il peut d'ailleurs être utile de rappeler qu'avant d'être un aidant, la personne est un proche.

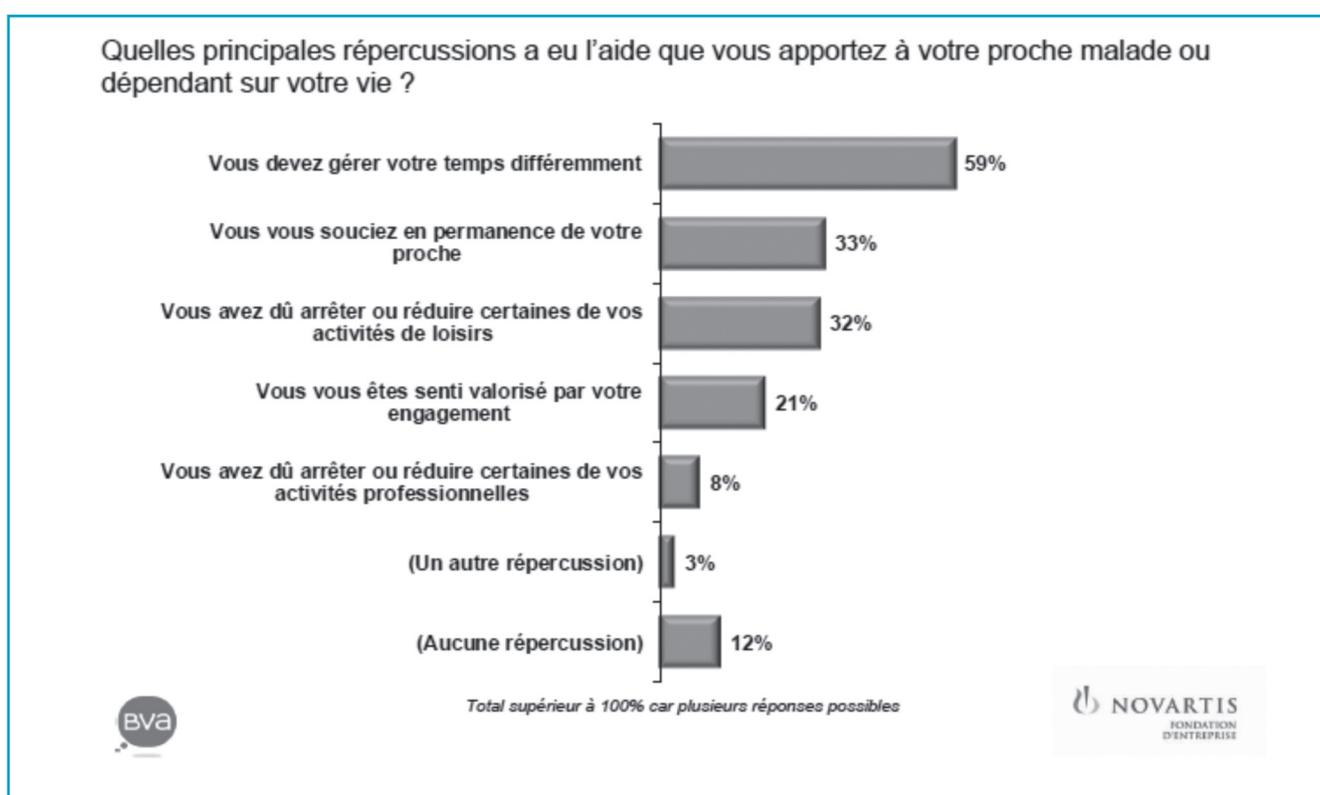
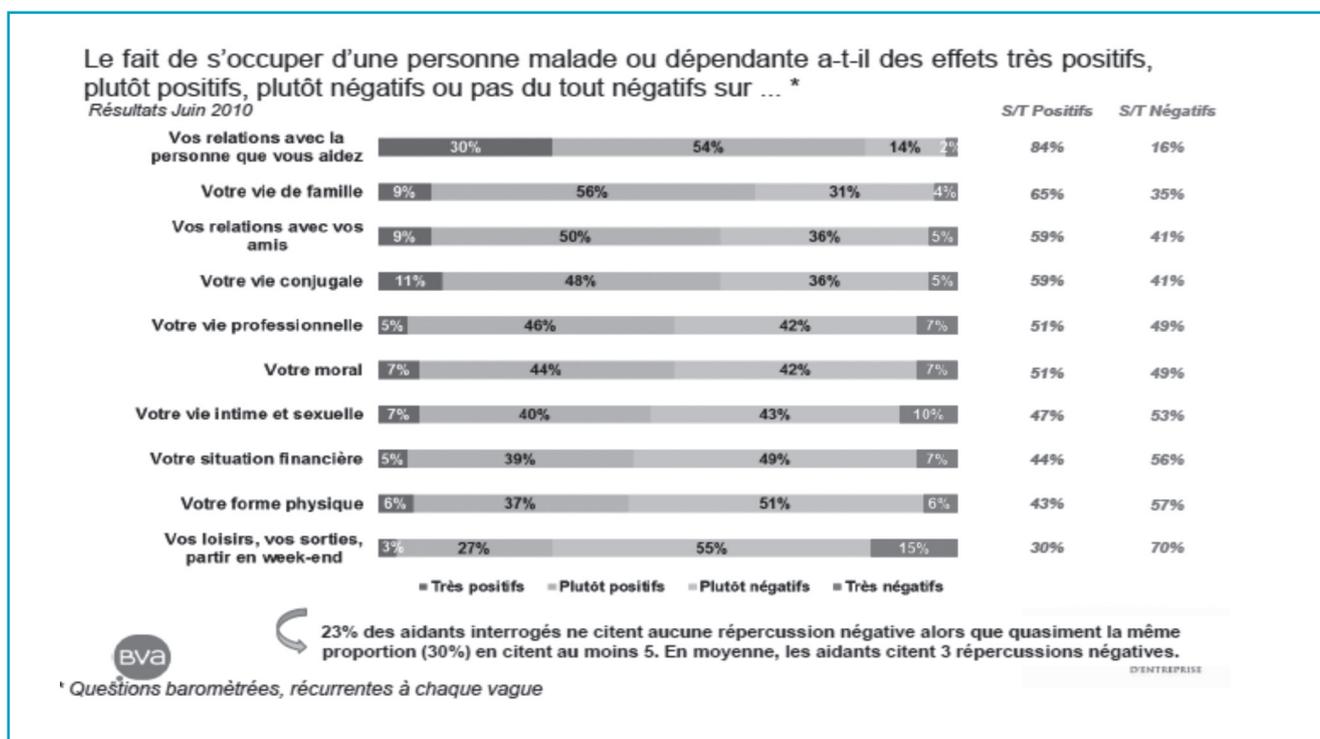
13 Enquête Ipsos Santé pour Novartis- "Les professionnels de santé et l'entourage des patients", 2008, Q3 : pour 96% des professionnels de santé interrogés l'entourage peut s'avérer un véritable "partenaire".

14 Les aidants familiaux en France, Panel national des aidants familiaux BVA - Fondation Novartis, Principaux enseignements. Présentation d'octobre 2010.

Sur ce même sujet, voir aussi les données de cadrage indiquées dans l'article d' Weber, A., « Données de cadrage concernant l'aide dans les deux enquêtes Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Aidants (2008) », Les Aidants familiaux, sous la direction d'Alain Blanc, PUG, 2010. On y trouve des indications sur les impacts de l'aide sur l'entourage concernant entre autres le mode de vie, et notamment le travail.

RETENTISSEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE MALADE SUR L'ENTOURAGE

S'il est reconnu comme un véritable « partenaire ¹³ », parce que le proche-aidant assure, notamment, une continuité des soins au domicile, il n'en reste pas moins que cet accompagnement engendre des impacts négatifs, dont de nombreuses études et publications se font le relais. A titre d'exemples, citons quelques chiffres illustrés par les graphiques ¹⁴ ci-dessous :



... suite page 5

La santé est aussi mise à rude épreuve :

- 20% des aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer déclarent différer, voire renoncer à une consultation, une hospitalisation ou un soin pour eux-mêmes, par manque de temps ¹⁵.
- 52 % des conjoints de personnes souffrant de la maladie de Parkinson indiquent prendre des somnifères, 46 % des antidépresseurs et 42 % des calmants ¹⁶.

La relation proche-personne malade est elle-même touchée :

- 38% des parents d'enfants souffrant d'épilepsie ont indiqué avoir besoin d'une aide médicale et/ou psychologique ¹⁷. Dans le cadre de cette étude, il avait été souligné que la maladie était source de conflits au sein de la famille.
- 44% des conjoints de personnes souffrant de la maladie de Parkinson déclarent faire chambre à part ou utiliser des lits jumeaux ¹⁸.
- 16% des conjoints de femmes atteintes d'un cancer du sein rencontrent des problèmes liés à la sexualité, et 26% de ces femmes s'estiment peu ou pas du tout satisfaites de leur vie sexuelle ¹⁹.

Ces exemples nous montrent combien le proche fait l'expérience de sa propre fragilité au sein de cet accompagnement. L'intimité de leur relation est comme 'attaquée', puisque le proche peut à la fois ne plus reconnaître la personne qu'il accompagne -son proche- mais aussi ne plus se reconnaître dans cette relation. Or, cette intimité spécifique à la relation entre deux êtres est aussi ce qui mobilise les proches à accompagner : pour 75% ²⁰ des aidants, ce sont « (...) les liens affectifs avec [leur] proche qui [les] ont poussé ²¹ ».

QUELLES RÉPONSES POUR DIMINUER CES RETENTISSEMENTS ?

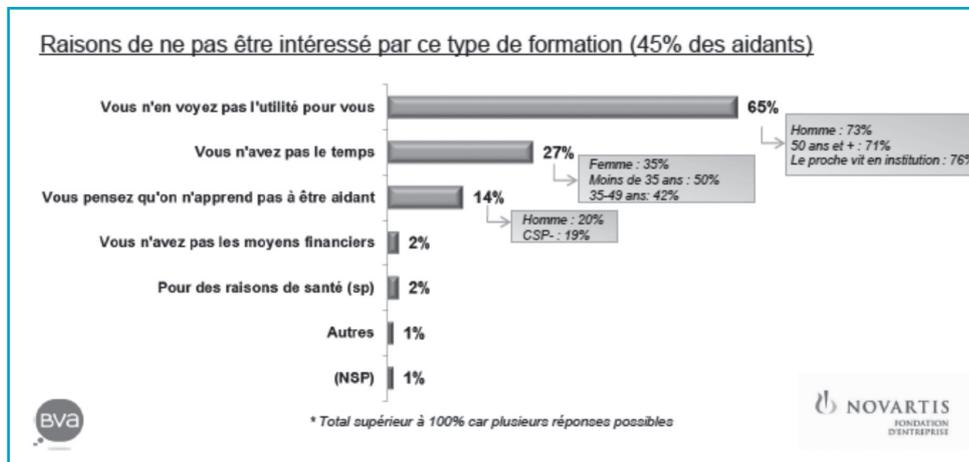
Parmi les pistes évoquées comme 'réponses' à ces impacts sur l'aidant, nous retrouvons celles qui font l'objet de ce congrès, à savoir notamment la formation et l'éducation thérapeutique. Dans ce qui suit, nous nous intéresserons plus spécifiquement à la formation ²².

LA FORMATION

« Seulement 2% des aidants ont suivi une formation pour assurer leur rôle d'aidant (...) et parmi ceux qui n'ont pas été formés, seulement 9% en expriment le besoin. ²³ », alors que

dans un même temps, ils étaient 38% à indiquer parmi les difficultés éprouvées le manque de formation à certains gestes ou soins pour mieux accompagner la personne qu'ils

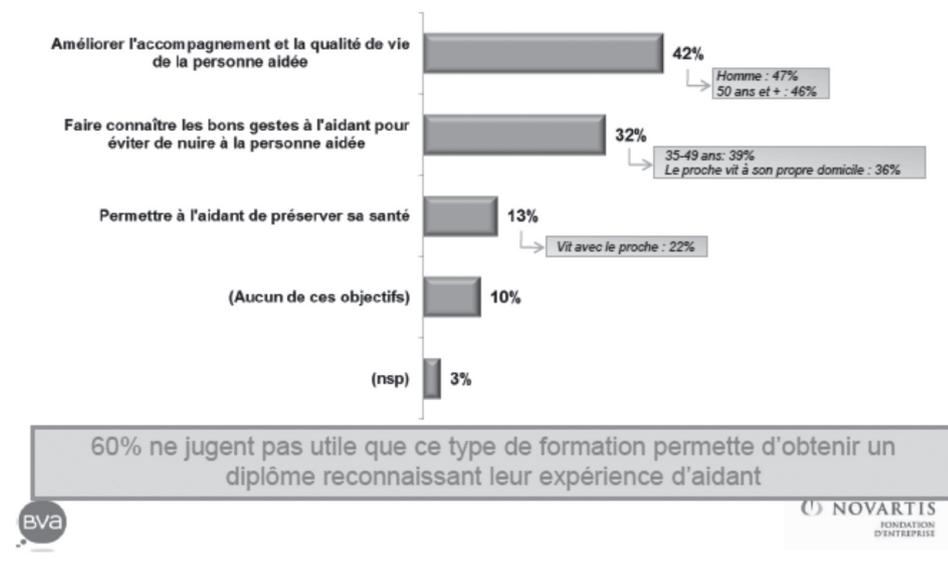
aident ²⁴. Des résultats ²⁵ provenant d'une autre étude nous en apprennent plus sur les raisons pour lesquelles des aidants ne font pas appel à ce type d'aide.



Il est intéressant de noter que la notion d'utilité –ou plutôt son absence dans ce cas présent- prédomine, bien avant la question du

temps. Pourquoi n'en voient-ils pas l'utilité ? Cela doit nous interroger : est-ce en raison des contenus, formats proposés ?

Si de telles formations dédiées aux aidants étaient mises en place, quel devrait être, pour vous, le principal objectif de ces formations ?



Ce graphisme montre bien que les attentes des proches-aidants se situent dans ce que la formation peut apporter dans la relation à la personne malade, en vue de mieux l'accompagner, et non pour eux-mêmes. On retrouve là ce souci de l'autre, de la relation à l'autre. Par ailleurs, il est aussi intéressant de noter que « 73 % ²⁶ » des aidants interrogés indiquent « disposer de solution(s) de recours pour s'occuper d'un proche » et « 25 % ²⁷ » jamais. Pour autant, plus de 50 % ²⁸ ne souhaitent pas confier leur rôle d'aidant à une autre personne ». D'autres expériences montrent que les aidants préfèrent conserver les

gestes qui font partie de cet espace relationnel (peut-être (re)construit en raison même de l'existence de ces gestes ?).

Il semble donc qu'au sein de cette situation périlleuse, un antagonisme est à l'œuvre. Une tension s'exerce entre d'un côté les situations des proches-aidants qui appellent une aide, et cette non sollicitation et/ou ce refus de l'aide proposée ou encore cette aide mal vécue par des proches-aidants quand elle est mise en place.

Alors, pour quels motifs, quand ils ont la possibilité d'écarter les tâches que de nombreuses études soulignent comme étant les plus fortes

... suite page 6

en termes d'impacts négatifs pour eux-mêmes, préfèrent-ils conserver un cumul de ces tâches ? Comment être aidé quand on est soi-même aidant ?

L'AIDE FAMILIALE, SOUVENT UNE SITUATION D'AMBIVALENCE, QUI INVITE À PENSER D'AUTRES PISTES

Ces données doivent nous interroger sur les autres pistes qui ont déjà été empruntées par des aidants, et semblent se manifester à travers une vision plus positive de l'accompagnement. Les études mentionnées dans l'extrait suivant soulignent le retour positif vécu par l'entourage : "Some family caregivers also ex-perience positive outcomes as a result of the caregiving experience. For example, Mottenko (1989) reported that wife caregivers of husbands with dementia sometimes report gratifications from caregiving, such as experiencing moments of warmth, comfort, and pleasure. Similarly, a study of two groups of caregivers, those receiving help from a respite program and those who were about to place their care receivers in a long-term care facility (Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989), found caregiving satisfaction (e.g., enjoying being with and feeling appreciated by the care receiver) to be an important caregiving outcome. A third study (Miller, 1989) reported that adult child caregivers who are the most involved in caregiving report both high satisfaction and high stress as a result of caregiving."²⁹

Plus récemment, les données du Panel des aidants, ont montré que le fait de s'occuper d'une personne malade ou dépendante a des effets, sur les relations avec la personne aidée, positifs à 84 ³⁰% dont très positifs à 30% ³¹.

Il apparaît au travers de ces quelques données que si l'intimité de la relation personne malade avec son proche-aidant est altérée, au sens de rendue autre, elle n'est pas pour autant absente. L'accompagnement peut aussi être un temps pour réaffirmer, tisser des liens. Cela invite aussi à envisager l'aide sous un autre regard que celui de la dépendance et de la charge. Ces exemples nous semblent plus illustratifs d'une « interdépendance » ³² où la relation devient alors créatrice de valeurs. C'est parce que le souci de l'autre, le soin accordé à autrui est « un soin adressé qu'il constitue des sujets ³³ ».

Il nous semble qu'au travers des différentes formes d'intervention auprès de l'entourage des personnes malades, on touche à une dimension vitale de la relation aidé-aidant, sou-

levant ainsi la question de la 'bonne distance' ³⁴. Cette dimension se manifeste en une tension entre les deux individus qui se noue et se joue au sein de l'accompagnement. D'une certaine manière, l'intervention d'une aide-tiers vient 'limiter' la relation, au sens où elle introduit une rupture dans cet « entre-deux ³⁵ ».

Avec Amédine Ruffiot on peut se demander «[c]omment communiquer sur le besoin, quand les attentes principales se situent avant tout dans le registre du désir ; arriver à aménager une « autre » relation ? ³⁶ »

En conclusion, derrière les différents types d'aide à apporter à un aidant, ce qui est interrogé c'est le « se faire aider ». Le « se faire aider » pour un proche-aidant n'est en aucun cas une évidence et nous invite à renouveler notre approche de la question, en pensant une éthique de la réceptivité. »

15 Etude PIXEL, L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, P. Thomas, dans La condition du proche de la personne malade, 10 études de proximologie, Montreuil, Aux Lieux d'être, dir. H. Joubin, 2007.

16 Etude COMPAS. Le quotidien des conjoints de malades parkinsoniens, M. Ziegler dans l'ouvrage cité ci-dessus.

17 Etude TRILOGIE. Impact socio-économique de l'épilepsie sur les parents dans l'ouvrage cité ci-dessus.

18 Etude COMPAS. Le quotidien des conjoints de malades parkinsoniens, M. Ziegler dans l'ouvrage cité ci-dessus.

19 Ibid.

20 Les aidants familiaux en France, Panel national des aidants familiaux BVA - Fondation Novartis, Principaux enseignements. Présentation d'octobre 2010.

21 Ibid.

22 Pour l'éducation thérapeutique, comme un des moyens de diminuer le 'fardeau' de l'aidant, nous renvoyons aux publications suivantes (de manière non exhaustive par rapport à la littérature existante sur le sujet) : Parel, S. ; Boissières, A. ; Dos Santos, J. ; Belmin, J. ; L'éducation thérapeutique pour les aidants de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, L'aide-soignante - Vol. 24 - N° 116, p. 12-15.

Braud D, Lefebvre M-O (2009). L'accompagnement éducatif au domicile en cas de maladie chronique. Soins Pédiatrie-Puériculture n°246, 30-33.

L'article 9 de la loi du 11 février 2005 (L.1111-6-1 du code de la santé publique) est aussi à consulter car participe de l'encadrement législatif de l'éducation thérapeutique pour les aidants.

23 Weber, Amandine, « Données de cadrage concernant l'aide dans les deux enquêtes Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Aidants (2008) », Les Aidants familiaux, sous la direction d'Alain Blanc, PUG, 2010, p. 88.

24 Les aidants familiaux en France, Panel national des aidants familiaux BVA -Fondation Novartis, Principaux enseignements. 2008, Q16. A noter que les professionnels de santé jugent intéressant à 85 % (dont 27% très intéressant) des formations vers lesquelles orienter l'entourage de leurs patients afin de les aider à mieux prendre en charge la personne malade. Enquête Ipsos Santé pour Novartis- "Les professionnels de santé et l'entourage des patients", Q20/18.

25 Les aidants familiaux en France, Panel national des

aidants familiaux BVA -Fondation Novartis, Principaux enseignements. Présentation d'octobre 2010.

26 Les aidants familiaux en France, Panel national des aidants familiaux BVA -Fondation Novartis, Principaux enseignements. Présentation d'octobre 2010.

27 Ibid.

28 Ibid.

29 Alexis J. Walker, Hwa-Yong Shin, David N. Bird, « Perceptions of Relationship Change and Caregiver Satisfaction », Family Relations, Vol. 39, No. 2 (Apr., 1990), pp. 147-152 URL: <http://www.jstor.org/stable/585716>

30 Les aidants familiaux en France, Panel national des aidants familiaux BVA -Fondation Novartis, Principaux enseignements. Présentation d'octobre 2010.

31 Ibid.

32 Billé, M., « image de soi, estime de soi dans l'aide à des personnes souffrant de handicaps ou de maladie chronique », Réciproques 1 Aide familiale. Histoires de famille ou affaire d'Etat ?, mars 2009.

33 Worms, F., « Le care selon Carol Gilligan et le problème du soin », Carol Gilligan et l'éthique du care, coordonné par V. Nurock, PUF débats, 2010, p. 147. Souligné par l'auteur.

34 Il est intéressant de remarquer que pour 23 % des médecins, et 30% du personnel paramédical les interactions entre le patient et son entourage ne relèvent pas de leur mission, Enquête Ipsos pour Novartis, « Les professionnels de santé et l'entourage des patients », 2008, Q3.

35 Par l'utilisation du terme « entre-deux », nous entendons ce « nouveau monde » traversé par l'amour tel que défini par Hannah Arendt dans le Journal de Pensée, Cahier IX, juin 1952, [19]. Par ailleurs, l'intervention d'un tiers permet aussi dans certaines situations de ré-ouvrir au monde en commun cet entre-deux, ce qui peut être salutaire.

36 Ruffiot, A., « Aider les aidants ? Une logique d'action paradoxale », Les Aidants familiaux, sous la direction d'Alain Blanc, PUG, 2010, p. 174

LA MUCOVISCIDOSE : UNE ATTEINTE À LA VIE DU COUPLE

RÔLE DES CONJOINTS DE PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE MUCOVISCIDOSE

ANNE BADATCHEFF

La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies génétiques à transmission autosomique récessive de pronostic létal dans les populations caucasiennes. C'est une maladie qui affecte de nombreux organes (l'appareil respiratoire, le pancréas, le tube digestif, le foie et les voies biliaires, ainsi que les organes reproducteurs), mais dont le pronostic est étroitement lié à la gravité de l'atteinte respiratoire. Elle touche près de 5000 patients en France dont près de 40% sont des adultes. En effet, si pendant très longtemps la mucoviscidose a été une maladie exclusivement infantile, les progrès majeurs intervenus dans sa prise en charge au cours des dernières décennies ont transformé spectaculairement l'espérance de vie des malades qui sont de plus en plus nombreux à parvenir à l'âge adulte avec une espérance de vie qui atteint maintenant 40 ans alors qu'elle était inférieure à 10 ans il y a 40 ans [1].

Dès l'annonce du diagnostic, la prise en charge de la maladie va nécessiter un suivi en centre spécialisé (Centre de Ressources et de Compétences pour la Mucoviscidose ou CRCM) par une équipe multidisciplinaire [2] et la mise en place de soins d'une grande technicité réalisés pour une grande part au domicile de la famille. Ainsi, dès la petite enfance l'entourage proche du patient, et tout particulièrement ses parents, est impliqué fortement dans des soins quotidiens aux lourdes conséquences sur le

fonctionnement familial [3].

Lorsque ces patients accèdent à l'âge adulte, ils doivent faire face à de nouvelles problématiques : vie de couple, vie professionnelle, problèmes de fécondité, de parentalité [4]. L'enjeu pour eux est de trouver un difficile équilibre entre une vie de jeune adulte déjà bien occupée et la vie quotidienne avec la maladie. Au sein de la famille, après les parents, celui qui devient le plus important dans le rôle d'aide et de soutien au patient adulte est son conjoint. En s'engageant dans une vie commune avec un patient atteint de mucoviscidose, le conjoint doit trouver sa place dans un environnement familial où la maladie a pris une très grande place et qui lui était jusqu'alors étranger. Il découvre une maladie évolutive sévère, d'évolution fatale à plus ou moins long terme, génératrice d'anxiété et de souffrance, à laquelle il va devoir faire face [5]. Il découvre une vie quotidienne rythmée par les traitements complexes et consommateurs de temps dont la prise en charge va aussi peser sur sa propre vie sociale, amicale, professionnelle, et aux lourdes conséquences sur la vie familiale.

Selon l'OMS [6], l'éducation thérapeutique s'intègre dans une approche biopsychosociale du patient atteint de maladie chronique, selon un processus continu, intégré dans les soins, et centré sur le patient. Elle vise à aider le pa-

tient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible, et maintenir ou améliorer la qualité de sa vie. Elle concerne la vie quotidienne du patient et son environnement psychosocial, et doit impliquer autant que possible la famille et l'entourage proche. La prise en compte de l'entourage proche du patient apparaît comme une dimension essentielle de la prise en charge de la maladie chronique. La compréhension de l'implication des aidants naturels dans les soins, de leur vécu face à la maladie grave, de leurs propres difficultés, apparaissent comme autant d'éléments que les équipes soignantes doivent prendre en compte dans le cadre de la prise en charge du malade lui-même [7].

Dans le cadre de la mucoviscidose, une réflexion a été menée ces dernières années en France pour développer l'éducation thérapeutique pour le patient et sa famille au sein des CRCM [8]. Un projet ciblant les adultes atteints de mucoviscidose et leurs conjoints a justifié la réalisation d'une enquête de besoins auprès de ces deux populations dans le cadre du CRCM d'Angers, afin d'explorer leurs difficultés et leurs attentes dans le but d'élaborer un projet d'éducation thérapeutique.



MEMBRES DU BUREAU DU DELF

Freddy Penforis :	PRÉSIDENT
Régis Bresson :	VICE-PRÉSIDENT
Catherine Gilet :	SECRÉTAIRE GÉNÉRALE
Marc Popelier :	SECRÉTAIRE ADJOINTE
Élisabeth Chabot :	TRÉSORIER

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

Fabienne Elgrably - Jean Louis Grenier
Serge Halimi - Ghislaine Hochberg
Paul Valensi

MEMBRES DU CA DU DELF

AMAURY Brigitte	MALGRANGE Dominique
BRESSON Régis	PENFORNIS Alfred
CHABOT Élisabeth	POPELIER Marc
COLAS Claude	REACH Gérard
DEBATY Isabelle	ROMAND Dorothée
FRANC Sylvia	SERET BEGUE Dominique
GILET Catherine	Représentant ALFEDIAM
GRUMBACH Marie Louise	CAHEN VARSAXU Juliette
JOURDAN Nathalie	HERDT Catherine
LEMAIRE Christine	
LE TAILLEC Claire	

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

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

DIRECTEUR DE RÉDACTION :

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

RÉDACTEUR EN CHEF :

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

COMITÉ DE RÉDACTION :

Clara Bouche (Paris) • Alina Ciofu (Montargis)
Cécile Fournier (Paris) • Hélen Mosnier-Pudar (Paris)
Julie Pélicand (Bruxelles) • Dorothée Romand (Paris)
Julien Samuel Lajeunesse (Paris) • Martine Tramoni (Neuilly s/Seine)

••• suite page 8

L'identification des besoins éducatifs propres aux conjoints « aidants » des adultes suivis pour mucoviscidose constitue la première étape d'une démarche éducative ciblant cette population. Le besoin est identifié à partir de l'analyse des difficultés, des manques, des problèmes perçus par ces aidants en tenant compte de leurs ressources, de leurs attentes, de leur contexte de vie. Un projet éducatif pertinent doit en effet se construire sur la base de besoins éducatifs avérés des patients et des aidants et non sur une idée préconçue de ces besoins par les soignants.

Le choix méthodologique d'une analyse qualitative d'entretiens semi-dirigés menés auprès de conjoints (désignés par les patients comme leur aidant naturel le plus proche) a été motivé par un souci de mieux explorer, décrire, comprendre les difficultés et les situations vécues par ces personnes. Les travaux de la littérature s'intéressant à l'approche biopsychosociale de la prise en charge de la mucoviscidose des adultes et de leur entourage utilisent le plus souvent des méthodes fondées sur des questionnaires structurés (questionnaires validés explorant la qualité de vie, le mode et la fréquence de l'assistance procurée au patient, les stratégies de coping) [5-9], faits de listes de questions standardisées orientées sur des thématiques pré déterminées par des soignants et proposant au public interrogé un choix de réponses préétablies. Or si ce type d'enquête quantitative permet une analyse descriptive et statistique des phénomènes, seule l'analyse qualitative des discours permet d'accéder à une meilleure compréhension des représentations, des ressources cognitives, des expériences, des projets de ces personnes [10].

L'analyse qualitative des discours des conjoints a permis la compréhension de leurs difficultés, de leurs souffrances mais aussi pour la plupart de leur grande capacité à faire face à la vie avec la maladie et à s'impliquer auprès de leur conjoint malade tout en maintenant une vie de couple épanouie avec des projets d'avenir et le souhait de fonder une famille. La notion de « passage de relais », de transfert de responsabilité, entre les parents et le conjoint lors du passage du patient à l'âge adulte est évoquée par la majorité des conjoints et éclaire les soignants sur la répartition des rôles des différents aidants auprès du patient tout au long de sa vie.

L'analyse des entretiens met en évidence des attentes, des besoins qui ne sont pas suffisamment pris en compte par les équipes soignantes, dans différents domaines :

Dans les domaines du vécu émotionnel et de la communication avec le malade, tous les conjoints « aidants » évoquent un impact émotionnel fort de la maladie chronique grave

sur leur conjoint et sur eux-mêmes et parlent des difficultés qu'ils éprouvent à les percevoir, à les accueillir, ou à les exprimer, ainsi qu'à établir un vrai dialogue avec leurs conjoints malades sur certains sujets difficiles (avenir, problèmes de fécondité du couple). Ils expriment aussi leurs difficultés à vivre les à coups de la maladie et à faire face aux situations de crises.

A travers leurs discours les conjoints décrivent leurs modes d'engagement auprès des malades. L'analyse des entretiens montre que les conjoints « aidants » ont du mal à identifier clairement leur mandat auprès des malades dans ses différents aspects (modalités, limites). Ils ont tous un souci constant de l'observance thérapeutique de leurs conjoints malades. Ils ont la préoccupation d'aider leur(e) conjoint(e) malade à se traiter selon les recommandations de l'équipe soignante et ont un rôle de relais, de renforcement du discours médical. Cependant, ils rapportent des difficultés à trouver des facteurs de motivation au traitement pour leurs conjoints malades, à vivre ce rôle d'aide à la motivation thérapeutique, à discerner leur rôle de conjoint et leur rôle de cothérapeute dans la vie de tous les jours.

Ils expriment aussi leur désir d'une meilleure compréhension des enjeux de la maladie et des traitements de leur conjoint malade. En effet, si les patients arrivent à l'âge adulte avec des connaissances sur la maladie, en revanche les conjoints sont eux, les plus souvent en demande d'éléments de compréhension de la maladie de leurs conjoints, de son pronostic, de ses traitements. Les discours des aidants révèlent une situation paradoxale entre une maladie médiatisée avec des sources d'informations multiples et accessibles d'une part et une mauvaise compréhension des enjeux spécifiques de la maladie de leur conjoint d'autre part.

Il ont en outre une perception difficile de l'efficacité d'une bonne observance thérapeutique sur l'évolution de la maladie de leur conjoint et sont en demande d'aide pour identifier, chez leur conjoint malade, les éléments de la prise en charge qui améliorent la survie. Cette étude qualitative a montré aussi la diversité des situations vécues par les conjoints aidants, liée à une grande variabilité d'expression de la maladie chez l'adulte. Des situations nouvelles, telles que l'accompagnement des grossesses chez les jeunes patientes, le bouleversement lié à l'arrivée de l'enfant, la vie après une greffe, engendrent de nouvelles problématiques pour les patients et leurs conjoints dont les équipes soignantes doivent tenir compte.

En permettant d'accéder à une meilleure compréhension des conjoints dans leurs difficultés

propres, ce travail pose les fondements d'une réflexion sur la place de ces derniers dans la relation patient-équipe soignante dans la mucoviscidose de l'adulte et fait émerger des pistes de réflexion pouvant être éclairantes dans une perspective d'éducation thérapeutique au sein des CRCM.

A partir des enquêtes de besoins menées auprès des patients et de leurs conjoints, un groupe de travail a été constitué en partenariat avec l'association "Vaincre la mucoviscidose", le Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques des Hôpitaux Universitaires de Genève, et l'association "Passerelles Educatives" afin de concevoir des outils en ETP adaptés aux besoins éducatifs des couples touchés par cette maladie. L'utilisation de ces outils d'appel devrait permettre d'aider les professionnels qui s'occupent de ces patients au sein des CRCM à entrer en matière sur ce thème de la vie familiale et de couple, où se concrétise la réalité de la vie avec la maladie et ses traitements.

Dr Anne Badatcheff

Unité d'éducation thérapeutique, Département de Pneumologie. CHU Angers. 49933 Angers cedex9
anbadatcheff@chu-angers.fr

Références

1. Registre Français de la Mucoviscidose – Bilan des données 2006. Vaincre la Mucoviscidose et Ined. Paris, 2009 http://www.vaincrela-muco.org/e_upload/pdf/rapport_registre_2006.pdf.
2. Roussey M, Desrues B, Turck D, Perez T, Wallaert B. Centres de soins pour la mucoviscidose de Rennes et de Lille. Centres de soins d'adultes pour la mucoviscidose : critères requis, organisation pratique. *Rev Mal Respir* 2000;17:733-8.
3. Cresson G, Turck D. Parental care-giving, the example of cystic fibrosis. *Arch Pediatr* 2000;7:461-4.
4. Rådeberg A, Simon G, de Saint Phalle G, Toro I. Abord psychosocial de la mucoviscidose de l'adulte. *Rev Mal Respir* 2000;17:812-816.
5. Delelis G, Christophe V, Leroy S, Vanneste J, Wallaert B. The effects of cystic fibrosis on couples: marital satisfaction, emotions, and coping strategies. *Scand J Psychol*. 2008;49:583-9
6. WHO, Regional Office for Europe. Therapeutic Patient Education, continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group, Copenhagen, 1998.
7. Vannotti M., Celis-Gennart M. Liens et chiasmes entre les dimensions personnelles, familiales et sociales de la maladie. In : M. Vannotti, M. Celis-Gennart. Eds. Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité. Genève : Médecine et Hygiène, 1998 pp. 1-20.
8. David V, Iguenane J, Ravilly S, et le groupe de travail « Education thérapeutique » de Vaincre la Mucoviscidose et de la Société Française de la Mucoviscidose. L'éducation thérapeutique dans la mucoviscidose : quelles compétences pour le patient ? *Rev Mal Respir* 2007 ;24 : 57-62
9. McGuffie K, Sellers DE, Sawicki GS, Robinson WM. Self-reported involvement of family members in the care of adults with CF. *J Cyst Fibros* 2008;7:95-101.
10. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311:251-3

LES MALADES DE PARKINSON ENTRE RÊVES ET RÉALITÉS ; PAS SI LOIN QUE ÇA, L'ESPOIR ? 1

ANNY AUGÉ-VALLEY

Ce titre peut susciter la curiosité dans un journal consacré à la diabétologie...Infirmière de formation, je suis aidante de mon mari atteint de la maladie de Parkinson (MP) et aussi présidente-fondatrice de Franche-Comté Parkinson (FCP). Dès la création de cette association de malades et aidants, en 2003, j'ai compris la nécessité d'une prise en soins et en charge « globale » par une équipe interdisciplinaire, pour le mieux-être de tous les malades porteurs d'affections durables et leurs aidants. L'Éducation Thérapeutique du patient (ETP) me semble correspondre à cela.

En matière d'ETP, j'ai suivi les formations de l'Université d'Été de Santé Publique des Pays Francophones de Besançon et du DU d'ETP créé et géré par l'équipe de l'UTEP du CHUR de Besançon. A noter qu'en Franche-Comté, une initiation à l'ETP pour les associations adhérentes au CISS², remporte un vif succès depuis 3 ans ; elle est animée par le Dr Brigitte Sandrin-Berthon et cofinancée par le GRSP (qui a vécu) et des Caisses de Retraite.

POURQUOI METTRE EN PLACE L'ETP POUR LES MALADES DE PARKINSON (PcP 3) ?

Aucune enquête épidémiologique⁴, sur toute la population française n'a été effectuée ; celle dont les personnes sources sont seulement les ayant-droit de la CNAM établit la prévalence de la MP idiopathique à 143 000 malades.

La moyenne d'âge du diagnostic étant de 55 ans, si, réellement 2% (pourcentage communément admis en neurologie) de la population générale ou seulement des plus de 60ans est atteinte, cette estimation est très largement sous-évaluée... Les calculs peuvent ou non prendre en compte les pathologies très proches, syndromes parkinsoniens etc. D'ailleurs, quelque soit l'appellation, les malades ont les mêmes problèmes, et ils ressentent cruellement leur délaissement...

La MP paraît avoir une étiologie multifactorielle, mais de plus en plus d'études prouvent son lien avec l'environnement, en particulier l'exposition à certains toxiques (manganèse, solvants, pesticides⁵...). Il conviendrait donc déjà d'en limiter l'incidence par des conditions de vie saines : air, eau, aliments, logement, meilleure hygiène, protection par rapport aux risques professionnels, gestion du stress...

PARKINSON (PcP 3) ?

Les signes classiques de la MP se trouvent dans tous les livres de médecine. Il faut souligner cependant que les tremblements n'affectent qu'une minorité de malades, contrairement aux idées reçues et que les signes non moteurs méconnus et négligés, handicapent fortement le malade dans sa vie quotidienne. Le ressenti des PcP ne se trouve pas dans les livres de médecine : « prisonnier de son propre corps, ne se reconnaît plus, mène une double vie, se sent marginalisé et méprisé »...Les effets secondaires des médicaments spécifiques sont, la plupart du temps, mis sur le compte de la maladie et donc négligés, en général non signalés au malade et même niés, pour les plus graves, jusque tout récemment : achats compulsifs, hypersexualité, addictions en particulier au jeu...Ces effets rendent la vie infernale pour certains, le traitement étant difficile à équilibrer et à tout moment remis en cause par le stress, dévastateur pour les malades. Les PcP et leurs aidants ont cependant fait la preuve qu'il est possible d'améliorer leur vie quotidienne : écoute véritable, observation fine pour aider à l'adaptation du traitement dans les limites de la prescription, précaution par rapport aux repas, petits « trucs » pour lever les blocages, prise en charge de la douleur, techniques de mieux-être...Des malades ont créé des outils d'« optimisation » du traitement utilisés par les malades, faute de mieux, et qui ont fait leurs preuves. Nous-mêmes, à Besançon, travaillons à faire réaliser un tel outil avec le Laboratoire d'Informatique de l'Université et le milieu médical ; il pourrait être intéressant aussi pour une « télé-médecine », la carence en neurologues ne pouvant que s'aggraver avec les départs en retraite.

Les aidants dits « naturels » prennent en charge et en soin leur malade et s'y épuisent, car à la tâche souvent jour et nuit. Que dire des enfants aidants, mis à contribution pour les gestes de la vie quotidienne ou devant « à minima » supporter l'inversion des rôles : protecteurs de leurs parents ? La culpabilité parentale est grande⁶ : « Une mère a-t-elle le droit de détruire ainsi la vie de son enfant ? ».

Le PcP est le « patient » idéal : parole inaudible, écriture illisible, épuisement, lenteur, blocages, il ne « dérange » pas comme le malade d'Alzheimer et on peut facilement

« l'oublier » dans un coin. Il demande cependant à être considéré comme une personne avant que d'être un « malade » et réfute donc les termes « patient » et « parkinsonien ». **Ecouter malades et aidants est essentiel pour les soignants car comment entrer en empathie lorsqu'on ignore le ressenti du malade et de l'aidant ?**

A FRANCHE-COMTÉ PARKINSON, LES MALADES PARLENT AUX MALADES ET OSENT ÉCHANGER AVEC LES SOIGNANTS :

Notre association de malades et aidants, indépendante par choix, créée en 2003 par 5 personnes, compte actuellement 150 adhérents ; elle est en réseau avec le monde francophone du Parkinson et même au-delà, grâce à Internet⁷, par l'intermédiaire de listes et de forums de malades et d'aidants dont certains sont des professionnels de santé détectant, analysant et diffusant les recherches et nouvelles dès leur sortie. Nous sommes « émancipés » du milieu soignant mais collaborant très volontiers pour des actions qui nous semblent indispensables.

Les objectifs principaux de FCP sont le soutien des malades et de leurs aidants au quotidien et la sensibilisation aux effets de cette pathologie pour une meilleure prise en charge et en soin. Sur nos 5 sites, nous tentons de répondre au mieux aux besoins par des activités gratuites grâce aux subventions, dons et du bénévolat de l'équipe d'animation. Tout ceci constitue un « embryon d'ETP » : meilleure écoute, de préférence dès l'annonce du diagnostic (groupes de paroles mensuels avec psychologues) ; activités de mieux-être : ateliers animés par des professionnels (motricité/équilibre, Qi Kong, tango ...) ; partage, échanges au cours des activités conviviales, maintien du lien social (marche, après-midis jeux, repas, goûters, voyages, fêtes d'anniversaire...) ; soutien et accompagnement (visites à domicile et aux personnes hospitalisées, soutien téléphonique, permanences...) ; information : importante documentation sur la maladie, les traitements, le mieux être, bulletins d'information, Journées Mondiales de Parkinson à thèmes -l'ETP en 2008-, conférences, forums régionaux, participation à des forums Internet de discussion et échanges d'information,

... suite page 10

site... ; sensibilisation/formation pour les professionnels (médicaux, paramédicaux, de maintien à domicile), les scolaires, le personnel d'accueil administratif...

La pertinence des activités est démontrée par les évaluations et l'assiduité des participants. Nous avons pu observer l'importance des **échanges en groupe** soit dans les ateliers animés par des professionnels (psychologue, animateur médico-sportif) ou soit de façon informelle, au cours des activités de mieux-être (marche, jeux, tango...) : chacun dit et/ou prend ce qui lui est utile et qu'il n'aurait peut-être pas exprimé en duo.

« PAS SI LOIN QUE ÇA, L'ESPOIR, POUR LES PCP ? »

Les malades chroniques et leurs aidants ont leur propre expertise de leur affection, complétant celle des soignants ; la plupart demandent à être aidés à s'approprier leur nouvelle vie, on peut parler ici d'« empowerment ⁸ » par des techniques de « coping ⁹ ». Il convient donc de les associer aux protocoles d'ETP, dès l'élaboration des programmes et des outils ¹⁰. Il existe différentes conceptions de l'ETP par rapport à sa propre formation, philosophie, fonction ou place dans le dispositif médico-social. Elles peuvent être contradictoires, seule la véritable amélioration de la vie quotidienne du soigné et de ses proches devrait en être le fil conducteur. Ses mots clés sont : confiance, respect, formation, relation humaine, aide et accompagnement. D'ailleurs, pourquoi continuer à dire « éducation du patient » si on est convaincu, à l'instar de Brigitte Sandrin-Berthon, que « *Le soignant et le soigné s'éduquent en réciprocité et gagnent en autonomie* » ? De plus, la locution « éducation thérapeutique » est à discuter : elle ne reflète pas son contenu, est incompréhensible des malades et fait penser au système scolaire ou au « disease management ». Médecine de ville et hospitalière devraient se rapprocher. A l'intérieur de l'hôpital, le décloisonnement est nécessaire : par exemple, le chirurgien doit aussi tenir compte des spécificités de la maladie de Parkinson. Le financement est le prétexte souvent avancé pour éviter de changer sa pratique, car même avec « les moyens du bord », il est possible d'améliorer le sort des malades chroniques. Le fond du problème est, à mon sens, le nécessaire changement des mentalités de toutes les parties prenantes : soignés, familles, soignants (tous ceux qui « prennent soin », même les secrétaires médicales tellement importantes dans le dispositif) et institutions. La mise en œuvre de l'ETP en diabétologie a apporté la preuve qu'elle était « rentable » à

tous points de vue : mieux-être des malades, aidants et ...soignants et conduit à des économies pour la Santé Publique. La modélisation pour les autres pathologies durables est tout à fait possible : une de mes amies médecin et PcP a repris des protocoles d'ETP de diabétologie en remplaçant « diabète » par « Parkinson » et c'est tout à fait réalisable pour la partie commune. Preuve en est : avec le réseau de diabétologie Gentiane de Dole nous avons effectivement constaté avoir une philosophie commune et conçu un « tronc commun » de besoins et de mesures de soin et accompagnement, pour toutes les pathologies durables, les spécificités de chaque affection se déclinent ensuite. La première expérimentation de notre projet pourrait se tenir à l'Espace Santé de Dole, créé et animé par des anciens du réseau Gentiane, donc formés et expérimentés. Le programme, son déroulement, ses outils, seraient élaborés entre soignants et représentants des malades. Ce travail en commun est capital. Les représentants des malades participeraient notamment aux bilans partagés, complétant ainsi ceux des soignants. Le projet de Dole justifie ce sous-titre - « L'espoir, pas si loin que ça ? » - afin que malades de Parkinson, accompagnants et soignants n'oscillent plus entre « rêves et réalités » actuels et vivent avec plus d'espoir, de confort et même de plaisir. Mais la toute nouvelle ARS acceptera-t-elle de financer ce projet ?

Comme les malades des autres pathologies chroniques, ceux de Parkinson ont besoin de l'expérience en ETP du milieu de la diabétologie pour avancer plus vite et il y a urgence !

« *Le soignant, c'est celui à qui le patient prend la main* » ¹¹.

Anny Augé, Octobre 2010

Paroles de Federica, psychologue et PcP, avec son autorisation, liste Internet coeruleus :
« *Si je compare la maladie de Parkinson à un iceberg, les autres ignorent inévitablement les 2/3 de ce que je ressens...il y a donc 2/3 d'expérience non partageable car les autres ne peuvent que comparer ce que je leur explique à ce qu'ils connaissent. Ex : tremblement = alcool ou drogue ou peur puisque le stress l'accroît. Et ce qu'ils connaissent, soit ils le contrôlent, soit ils le fuient, donc, dans les deux cas ils font peu de cas de ce que nous avons à dire. Par ailleurs la maladie elle-même coupe nos élans : geste qui ne s'accomplit pas (blocages), contrôle impossible, etc., ce qui nous fait glisser vers le retrait, le silence, et l'auto exclusion, la déprime. Puis il y a la colère, et le désespoir qui nous poussent à l'exigence de compréhension, à l'exigence d'attention et de reconnaissance et nous risquons l'enfer relationnel* ».

- 1 Augé-Valley Anny Les malades de Parkinson entre rêves et réalités ; pas si loin que ça l'espoir ? Mémoire de DU d'ETP, septembre 2009 ; Université de Franche-Comté, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Besançon.
- 2 CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé www.lesciss.org
- 3 PcP : Persona cum Parkinson : appellation européenne pour désigner les malades de Parkinson, PwP : Person with Parkinson : appellation anglaise.
- 4 Lajugie D., Bertin N., Chantelou ML, Vallier N., Weill A., Fender P., Allemand H. Prévalence de la maladie de Parkinson et coût pour l'Assurance Maladie en 2000 en France métropolitaine et le groupe Médipath Revue Médicale de l'Assurance Maladie, avril-juin 2005, volume 36, n° 2.
- 5 Elbaz A., Maladie de Parkinson et environnement rural Inserm Unité 708, elbaz@chups.jussieu.fr.
Neuroépidémiologiste, Hôpital de la Salpêtrière, Paris. Le lien entre maladie de Parkinson et exposition aux pesticides est établi de façon significative par cette étude commandée par la MSA.
- 6 Ibid. 1 page 32
- 7 Quéméras Cyril Intérêt des listes de discussion destinées aux patients concernés par une pathologie rare, grave ou chronique : comparaison du point de vue de la population générale et du point de vue médical. Thèse de doctorat en Médecine, faculté de Médecine, Université de Brest-Bretagne Occidentale, soutenue le 30/09/2003.
- 8 Pour Wallerstein(1992) « en participant à la prise de décision, en développant un sentiment d'appartenance, et en renforçant son pouvoir sur sa propre destinée, on améliore sa santé ». Cité par IsabelleAujoulat, L'empowerment des patients atteints de maladie chronique thèse de doctorat en Médecine en Santé Publique, Université Catholique de Louvain, janvier 2007.
- 9 De l'anglais to cope : faire face, venir à bout, s'en tirer.
- 10 Sandrin Berthon B., Carpentier P.-H., Quéré I., Statger B., Associer des patients à la conception d'un programme d'éducation thérapeutique. Santé Publique 2007, volume 19, n°4, pp.313-322
- 11 Martin Winckler : « Le chœur des femmes », août 2009, P.O.L. éditeur.

CO-1. EVALUATION DE L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES DE PATIENTES PRÉSENTANT UN DIABÈTE GESTATIONNEL DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DIAMAT MIDI-PYRÉNÉE

M.COUSTOLS-VALAT(1), F.SOULIÉ(2), F.LAMICHE-LORENZINI(2), H. HANAIRE(3) - (1) MATERNITÉ HÔPITAL PAULE DE VIGUIER TOULOUSE, (2) FACULTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES EPS TOULOUSE, (3) DIABÉTOLOGIE CHU RANGUEIL TOULOUSE

Le programme DIAMAT est un module éducatif de groupe à destination des femmes enceintes présentant un diabète gestationnel (DG). Il est proposé dans 11 maternités privées ou publiques de la région Midi Pyrénées depuis 2004, dès le diagnostic positif. Le cahier éducatif qui accompagne la patiente dans la démarche comprend notamment des questionnaires pré et post séances permettant de mettre en évidence les préoccupations, représentations, et connaissances des patientes concernant le DG. 120 questionnaires ont été recueillis et analysés pour une thèse de pharmacie. Les résultats significatifs sont les suivants: 33.3% des patientes craignent la transmission du diabète au bébé. 35.5% évoquent la persistance du diabète maternel au delà de l'accouchement. Les tests de connaissances avant et après séances montrent les progressions suivantes (taux de réponses justes "après" versus réponses justes "avant"): concernant le suivi et l'impact des glycémies: 89.34% vs 75.6%; concernant les objectifs glycémiques pré et post prandiaux maternels: 92.95% vs 66.85%; concernant la prise en charge hygiéno-diététique de DG: 89.5% vs 73%; et concernant les risques et la surveillance du post partum: 77% vs 62.3%. Enfin 85.6% des femmes annoncent une capacité à suivre avec précision les conseils et les recommandations formulés à un niveau entre 7 et 10 sur une échelle de 10. En conclusion, cette analyse permet tout d'abord de repérer un niveau de connaissances préalables relativement élevé chez ces femmes très impliquées et renseignées sur cette pathologie susceptible de répercussion foetale; la crainte du diabète du nouveau né reste toutefois une inquiétude fréquente. D'autre part elle indique une progression notable de leur niveau de connaissance et d'engagement après séance éducative. Elle aura permis de corriger la formulation de certaines questions et d'adapter au mieux les outils éducatifs utilisés, dans le but d'améliorer encore les indicateurs de progrès, notamment dans la prise en charge du post partum où la motivation des femmes a souvent tendance à décliner.

CO-3. EVALUATION DES PRATIQUES DE TRANSFERT DES ADOLESCENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 1 (DID1) EN SECTEUR ADULTE AU CHU DE BESANÇON (CHUB).

C BALLOT, L VINCENT, B MIGNOT, A DAHOUT, CECILE ZIMMERMANN, ALFRED PENFORNIS ET AM BERTRAND
*PÉDIATRIE 1 CHU SAINT JACQUES ; ** DIABÉTOLOGIE CHU JEAN MINJOZ 25000 BESANÇON

La transition chez l'adolescent DID1 est un moment critique dans son parcours de soins, nécessitant organisation et collaboration entre équipes de diabétologie pédiatrique et d'adultes. La transition, mise en place en 1984 au CHUB, s'est structurée autour d'une double consultation pédiatre-diabétologue d'adulte, avec un dialogue autour de ce passage un an avant ; d'une demi-journée d'accueil et de demi-journées à thème. Notre étude avait pour objectif d'évaluer les transferts de 1994 à 2003 en recueillant l'avis des patients et des parents (partie d'une étude plus complète).

Matériels et méthodes : Etude rétrospective par questionnaires auto administrés, envoyés à 123 patients et à leurs parents.

Résultats : 37 réponses de patients (30%) et 35 de parents (28 %) ont été obtenues. L'âge de transfert moyen de 16,4 ans (13-19) était trouvé approprié par 80% des adolescents. Ils se sentaient bien préparés au transfert dans 82% des cas. Tous ceux ayant bénéficié des doubles consultations et de la demi-journée d'accueil étaient satisfaits. Dans 85% des cas, ils jugeaient l'effet de la transition positif sur l'équilibre du diabète. Les parents ont jugé adapté le temps consacré au transfert dans 68% des cas. Ils assistaient aux consultations de pédiatrie dans 93% des cas, à la double consultation dans 76% des cas, dans 46% des cas chez l'adulte. 93% pensent que le transfert a eu un effet positif sur leur enfant. Ces résultats positifs, à moduler du fait du faible taux de réponse et de la nature déclarative des données, incite à poursuivre le travail pour obtenir plus de réponses, identifier les perdus de vue et analyser le devenir biomédical. De nouvelles pistes d'amélioration sont proposées.

Conclusion: Ces données préliminaires montrent, sur un petit échantillon de la cohorte, la satisfaction des adolescents et de leurs parents et l'importance de l'accompagnement des parents.

L'évaluation des modalités de transition des adolescents diabétiques est une étape incontournable pour le suivi et l'optimisation du processus. La notion de temps-pour patient, parents-soignants; les relations personnelles entre patients et diabétologues, la communication entre les équipes pédiatriques et d'adultes, sont des éléments primordiaux pour poser les bases d'une relation thérapeutique nouvelle.

CO-2. EXPÉRIENCE D'UN ATELIER COLLECTIF D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ADRESSÉ À DES ADOLESCENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 1

K.BERTET, A.PARTHENAY, S.TASTET, V.VAUTIER, B.CAMMAS, E.PAUTIER
HÔPITAL PÉDIATRIQUE, CHU DE BORDEAUX

Introduction : Nous constatons une difficulté quasi généralisée des professionnels à prendre en charge les adolescents diabétiques. La non observance thérapeutique dont ils font preuve est déroutante, néanmoins plusieurs hypothèses l'expliquent. Nous avons décidé de travailler avec eux vers un objectif visant à valoriser leurs actions autour de la prise en charge du diabète, afin de restaurer la confiance en soi et donc de permettre une autonomisation progressive.

Méthode : Pour cela nous avons défini deux axes principaux :

- Utiliser la fonction éayante du groupe à l'adolescence en réalisant des activités par tranches d'âge.
- Créer des binômes adolescents de 13 à 15ans/ enfants de 6 à 8 ans de façon à ce que les plus grands s'occupent des plus jeunes, lors d'une journée élaborée autour d'activités sportives et d'un repas encadrés par des soignants.

Nous partons de l'Hôpital Pédiatrique du C.H.U de Bordeaux, vers un parc de loisirs qui nous permet de réaliser diverses activités adaptées aux âges des enfants et adolescents. Les activités du matin sont destinées à fédérer chaque groupe, ainsi les plus jeunes font du mini-golf en équipe, de l'escalade et/ou de l'aérojump, et les adolescents font de l'accrobranche. Tous se retrouvent pour le déjeuner, partagent gestion des glycémies et de l'insuline, et après le repas, des binômes adolescent/enfant sont formés pour aller faire de l'accrobranche. Chaque adolescent est alors amené à encadrer un enfant diabétique en activité physique en restant attentif à ses besoins, en tenant compte de ses capacités et en observant ou questionnant l'apparition de signes de décompensation.

Evaluation et discussion : Le groupe adolescent a très vite été dynamique malgré les différences individuelles. Le seul lien entre eux était le diabète, qui semble avoir été fédérateur dans ce contexte. Ils se sont montrés motivés et attentifs aux besoins de leurs pairs. Cette expérience va pouvoir servir de tremplin pour de prochains ateliers au sein de ce groupe. De même, les adolescents se sont investis auprès des plus jeunes pour les accompagner dans l'activité et anticiper les risques qui lui sont liés du fait du diabète. L'évaluation de l'objectif principal visant à l'autonomisation progressive se fera en consultation individuelle, par les contrôles trimestriels de l'HbA1c et l'évolution de leur gestion personnelle.

CO-4. COMMENT LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 1 (DT1) PRATIQUENT-ILS ET RESSENTENT-ILS L'INSULINOTHÉRAPIE FONCTIONNELLE (IF) ?

M LIENARD, C KAVAN, S DEVAUX, E BOURCELOT, A COLLETTE, C FILIATRE, F SCHILLO, C ZIMMERMANN, A PENFORNIS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON ET SERVICE DE DIABÉTOLOGIE CHU DE BESANÇON

L'IF est l'unique approche utilisée dans le service de diabétologie du CHU de Besançon pour tous les DT1 au travers d'un parcours individualisé comprenant séances individuelles avec médecin et/ou diététicienne et/ou diverses séances collectives. Nous avons voulu évaluer comment les patients pratiquent et ressentent cette IF.

Méthodes et résultats : 34 DT1 vus consécutivement, tous traités par basal/bolus (38% sous pompe), 2/3 de femmes, 50% âgés de 19 à 40 ans, ont rempli un auto-questionnaire.

71% ont le sentiment de connaître l'IF, 59% ont le sentiment de la pratiquer.

27% ont réalisé une épreuve de jeûne, 50% un repas-test, 56% ont participé à l'atelier comptage des glucides.

La dose moyenne d'insuline basale est de 0,33±0,16 U/kg sous analogue lent, 0,25±0,11 sous pompe.

79% connaissent leur index de sensibilité à l'insuline (47±23 mg/dl en moyenne). Tous les patients déclarent réaliser des corrections en cas d'hyperglycémie dont 82% systématiquement ou souvent. Le seuil moyen de correction est de 161±49 mg/dl avant le repas, 186±57 3h après le repas et 187±49 au coucher.

2/3 n'ont pas de plan alimentaire fixe, 59% comptent les glucides et 47% adaptent leur dose d'insuline en fonction de la quantité de glucides ingérés. 59% connaissent leurs ratios insuline/glucides.

24% connaissent l'effet de 10g de glucides sur leur glycémie (57±28 mg/dl).

Les principaux bénéfices de l'IF sont : plus grande liberté alimentaire (84%), diminution du sentiment de culpabilité à manger des aliments sucrés (55%), amélioration de l'équilibre du diabète (55%), écarts glycémiques plus faciles à contrôler (52%), plus de confort dans leur vie professionnelle (40%).

Les inconvénients ou difficultés exprimées sont le comptage des glucides (48%), la fréquence des contrôles glycémiques (44%), la gestion des hypoglycémies (37%). 85% estiment que leur qualité de vie s'est tout à fait (46%) ou plutôt (39%) améliorée.

Conclusion: Les DT1 suivis dans ce service ont un parcours éducatif individualisé et utilisent tout ou partie des clés proposées par l'IF. Tous utilisent les corrections et la 1/2 adaptent la dose d'insuline en fonction des glucides comptés. Une grande majorité pense que l'IF a amélioré leur qualité de vie principalement en raison d'une plus grande liberté alimentaire. Le comptage des glucides reste une difficulté fréquente.

CO-5. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LA SOMME

LILIANE THELUSME, SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE,
CHU AMIENS, CH MONTDIDIER, CH DE COMPIÈGNE

Introduction : En France, une montée en puissance de l'éducation thérapeutique du patient est amorcée. La structuration du cadre législatif est un signe fort de la reconnaissance des bénéfices de cette approche par les hautes instances de l'Etat. Cette structuration témoigne aussi d'une volonté politique d'encadrer l'offre de soin et de formation en ETP. Si le médecin généraliste semble un des personnages clé de cette éducation, on est en droit de se demander si les dispositions actuelles sont adaptées à son activité libérale.

Matériel et méthode : Enquête qualitative par entretien semi-dirigés auprès d'un panel de douze médecins généralistes de la Somme intentionnellement sélectionnés en fonction de leur sexe, leur lieu d'exercice et de leur mode d'exercice. Le guide d'entretien permet d'explorer quatre axes : conceptions de l'ETP par les médecins généralistes, leurs pratiques éducatives, leur formation en ETP et leurs remarques concernant les recommandations de la HAS.

Analyse des données : Analyse inductive de contenu de type thématique.

Résultats :

- Les médecins généralistes ont des conceptions très vastes des notions « d'éducation en matière de santé »
- Les médecins généralistes sont peu formés à l'ETP. Quand elles existent, ces formations sont disparates
- Les médecins généralistes ont néanmoins des pratiques éducatives appropriées visant des objectifs d'autonomie et d'amélioration de la qualité de vie du patient
- Les recommandations de la HAS concernant l'ETP sont inconnues des médecins interrogés et s'inscrivent donc en marge de pratiques éducatives empiriques mais effectives
- Ces pratiques doivent gagner en efficacité grâce à une formation spécifique offrant aux médecins des outils adaptés à leur pratique libérale
- Une meilleure coordination de l'offre de soin en ETP et une rémunération adéquate à la pratique libérale permettront une reconnaissance et une valorisation équitable et pérenne de différents intervenants de cette éducation.

Conclusion : Les cadres législatif et réglementaire français dans le domaine de l'ETP n'intègrent pas suffisamment les médecins généralistes dans la structuration de cette approche. Cette enquête permet de mettre en lumière ce manquement et d'apporter des propositions pour y remédier. Le déploiement de l'ETP ne se fera qu'à la faveur d'une optimisation de la coordination du soin en ETP valorisant tous ses acteurs.

CO-7. APPRENDRE À TRAVAILLER ENSEMBLE: LA PLURIDISCIPLINARITÉ AU CŒUR DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

FRANÇOISE ANNEZO ET SANDRINE HUGÉ

RÉSEAU DIABÈTE 35 ET DMG FACULTÉ DE MÉDECINE RENNES 1

Message clé : connaître l'autre pour le reconnaître et apprendre à travailler ensemble

Contexte : L'essor des pathologies chroniques et l'émergence de l'éducation du patient (à la santé ou thérapeutique) impose aux professionnels de santé de travailler ensemble et de se coordonner. Cela est loin d'être naturel, tant chez les professionnels installés que pendant les études qui restent totalement cloisonnées. Une des pistes de travail pour remédier à cette difficulté est d'intervenir pendant le temps de leurs études et d'initier les futurs professionnels à cette démarche.

Objectifs : Ce projet, initié par le réseau diabète 35 et construit de façon collégiale avec les différents instituts partenaires, a pour objectif principal d'accompagner les étudiants dans une réflexion sur leur place en tant que futurs professionnels de santé et sur les modes de collaboration qu'ils développeront dans l'intérêt des patients.

Méthode : un séminaire de 3 fois 2 jours, a rassemblé 110 étudiants de 8 filières de formations différentes (diététicienne, ergothérapeute, infirmière, kinésithérapeute, médecin, pharmacie, podologue et sage femme) entre octobre 2009 et octobre 2010.

Le fil conducteur « apprendre à travailler ensemble », se déroule sur 6 jours, partant de « qui sommes nous et qui sont les autres ? » jusqu'à une découverte de l'éducation thérapeutique du patient en passant par l'élaboration d'un projet de santé en commun pour le patient. Tous les ateliers organisés par groupes interprofessionnels avec une variation des supports pédagogiques tant pour les travaux de groupe que pour les conférences devaient permettre une adhésion au projet.

Résultats : Les étudiants sont enthousiastes à cette innovation pédagogique. Ils prennent conscience que leurs représentations professionnelles, fruit de notre société, du vécu et de la formation de chacun sont très ancrées et donc à prendre en compte. Travailler ensemble dans l'intérêt du patient s'apprend mais cela semble compliqué. Les étudiants en ont tous envie, mais voient que cela ne suffit pas ; ils se rendent compte que cela nécessite un travail de réflexion commune et incontournable. La réflexion autour de thèmes tels : la relation soignant-soigné, les champs de compétences, l'éducation thérapeutique, est riche car certaines filières les abordent peu d'où l'intérêt de décloisonner les études sur ces thématiques.

CO-6. EDUCATION THÉRAPEUTIQUE : ET SI LA SECRÉTAIRE AVAIT UN RÔLE ?

MARIE-LAURE ROZ (SECRÉTAIRE), CÉCILE ZIMMERMANN (MÉDECIN), JÉRÔME COMBES (MÉDECIN), CHRISTINE KAVAN (DIÉTÉTICIENNE), LAURENCE PHILIPPE (IDE) ET ALFRED PENFORNIS (MÉDECIN)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BESANCON

L'un des critères de qualité de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé est un accompagnement des patients réalisé par une équipe multidisciplinaire. Chacun de ces acteurs en relation avec le patient a un rôle important pour aider les patients à mieux vivre avec leur maladie chronique.

La plupart du temps, la secrétaire est le premier interlocuteur des patients qui s'orientent vers une équipe d'ETP. Elle est, au cours de la prise en charge, un correspondant régulier jouant souvent les intermédiaires entre les patients et les soignants.

Cependant, la secrétaire médicale n'est pas citée dans ces recommandations, elle est rarement intégrée dans ces équipes pluridisciplinaires d'ETP et son rôle n'est pas toujours considéré.

Dans le cadre d'un mémoire du Diplôme Universitaire d'ETP de Besançon, nous avons voulu explorer les raisons de cette non implication. Nous avons réalisé des entretiens individuels de 17 personnes, soignants, secrétaires, patients et experts en ETP, qui avaient pour but :

- D'explorer leurs représentations, leurs perceptions sur le rôle de la secrétaire dans un service hospitalier
- De définir ce qu'est ou pourrait être la place de la secrétaire au sein des équipes pratiquant l'ETP
- D'identifier les freins et facteurs favorisant son implication dans l'ETP
- De valoriser le rôle de la secrétaire

Et ainsi, nous avons tenté de définir quelles pourraient être les fonctions et les compétences de la secrétaire dans cette prise en charge.

Le manque de temps lié à la surcharge de travail administratif, le manque de formation en ETP des secrétaires, mais aussi des soignants, notamment sur le travail d'équipe, et le rôle purement administratif attribué aux secrétaires par l'institution hospitalière peuvent expliquer cette exclusion.

La secrétaire impliquée dans une équipe d'ETP doit développer des compétences multiples : relationnelles (écoute, accueil personnalisé), organisationnelles (gestion des priorités, travail en équipe) et des connaissances sur la pathologie et sur l'ETP.

Ce travail met bien en valeur la conception des soignants, des secrétaires et aussi des patients sur le rôle de la secrétaire médicale dans la prise en charge éducative du patient. Aujourd'hui, la secrétaire doit faire partie intégrante de toute équipe formée à l'ETP et prenant en charge des malades chroniques.

CO-8. ANALYSE DES TENSIONS VÉCUES PAR LES SOIGNANTS DANS LEUR PRATIQUE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

ANNE LE RHUN, RÉMI GAGNAYRE, CYRIL CROZET, PIERRE LOMBRAIL

UNITÉ TRANSVERSALE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU CHU DE NANTES, PIMESP, NANTES

Problématique : Le développement récent des programmes d'éducation thérapeutique génère des tensions chez les soignants dans leur mise en œuvre. On entend par tension l'expression d'un ressenti positif (consonance) ou négatif (dissonance) entre les représentations du professionnel sur « son éducation thérapeutique idéale » et sa mise en pratique. Cette recherche vise à identifier les facteurs qui interviennent dans la production de ces tensions. Cette recherche multicentrique (Nantes, Paris, Bruxelles) a été menée par 3 équipes de recherche. Cette communication présente uniquement les résultats des bras « nantais » et « parisien ».

Méthode : Il s'agit d'une recherche exploratoire qualitative. Des entretiens semi-directifs de 2 heures ont été réalisés en 2008-2009 auprès de soignants impliqués dans l'éducation thérapeutique. L'ensemble des verbatims a fait l'objet d'une analyse qualitative thématique.

Résultats : 47 professionnels impliqués dans 33 programmes différents, dont une majorité d'infirmier(e)s et de médecins, travaillant en milieu hospitalier ont été interrogés. Les tensions sont influencées par de nombreux facteurs externes ou internes. Parmi les facteurs externes, on note la présence ou non d'un projet d'équipe sur l'éducation thérapeutique, de temps dédié à l'éducation, la reconnaissance de l'utilité de ces pratiques par les collègues et par les patients. Pour les facteurs internes aux soignants, sont fréquemment relevés : son rôle perçu dans l'éducation thérapeutique, son sentiment d'auto-efficacité et la balance bénéfices/inconvénients attendus d'un changement de pratique.

Discussion : Ces facteurs s'inscrivent dans différentes logiques avec lesquelles le soignant doit composer pour ajuster, dans la durée, sa représentation de l'éducation thérapeutique et sa pratique. On retrouve le principe dialogique de la pensée complexe d'E. Morin qui reconnaît la présence de logiques co-existantes et parfois contradictoires chez une même personne. De plus, les résultats montrent qu'une nouvelle pratique « expérimentée » influe sur les représentations en jeu qui à leur tour influent sur les nouvelles pratiques selon le principe également de la rétro-action d'E. Morin. Ces deux principes en lien avec nos résultats montrent à quel point toute mise en œuvre de pratique doit être accompagnée sur le terrain en référence au paradigme de la complexité.

Remerciements à A. Deccache et son équipe et à l'INPES pour son financement.

CO-9. ABSTRACT 155**L'ÉQUILIBRE GLYCÉMIQUE EST-IL CORRÉLÉ AU PROFIL PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES TRAITÉS PAR POMPE À INSULINE ?**

B. NÉRAUD (1), R. TROUILLET (2), O. BOSCUS (3), F. ENGUEHARD (3), S. MOUNIER (3), D. CHARITANSKI (4), A. DEBURGE (5), B. LORMEAU (6), O. DUPUY (7), F. LAGARDE (9), S. PICHARD (10)

(1) CENTRE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES POUR L'INTENSIFICATION DU TRAITEMENT DU DIABÈTE (CERITD) / CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCLILIEN (CHSF) CORBEIL-ESSONNES FRANCE (2) DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE UNI

Introduction : La pompe à insuline externe constitue le traitement de référence du diabète de type 1 qui permet d'améliorer l'HbA1c en réduisant les hypoglycémies. Néanmoins, des patients restent mal contrôlés. Notre objectif est d'explorer la valeur prédictive de certains traits psychologiques sur l'équilibre glycémique.

Patients et Méthodes : Au moyen d'auto-questionnaires, nous avons évalué en analyse multivariée chez 261 diabétiques traités par pompe le lien entre personnalité (TCI125), locus de contrôle (échelle de Dubois), coping (WCC-R), anxiété et dépression (HADS) d'une part et équilibre glycémique d'autre part (HbA1c, fréquence des hypoglycémies).

Résultats : Après contrôle de paramètres diabétologiques (notamment HbA1c avant mise sous pompe, âge), en analyse multivariée, les attitudes d'évitement ($p=.03$) et de résolution de problème stressant (i.e coping) ($p<.001$) prédisent une augmentation d'HbA1c. Une attitude de surévaluation des aspects positifs d'un problème prédit une diminution d'HbA1c ($p=.02$). Le trait de personnalité « autodétermination » prédit indirectement une réduction d'HbA1c ($p=.001$) en favorisant plus d'autosurveillances glycémiques ($p=.002$) qui prédit une réduction d'HbA1c ($p=.002$).

Discussion : Comme prévu, les attitudes d'évitement ont un effet négatif sur l'HbA1c et la capacité à surévaluer les aspects positifs d'un problème a au contraire un effet bénéfique. Étonnamment, la tendance à vouloir résoudre intégralement les problèmes, attitude bien adaptée dans la vie quotidienne, a paradoxalement un effet négatif sur l'équilibre glycémique. Nous faisons l'hypothèse que vouloir à tout prix « se débarrasser » de la maladie, conduit à l'échec. Enfin, le trait de personnalité « autodétermination » améliore indirectement l'HbA1c par l'intermédiaire d'une augmentation des auto-contrôles glycémiques. Plutôt que de chercher à modifier l'attitude vis-à-vis de leur traitement des patients diabétiques de type 1 en échec, les praticiens aideraient plus efficacement leurs patients en évaluant leur perception de la maladie et en favorisant une approche réaliste et positive. On pourrait étudier prospectivement l'intérêt d'une psychothérapie afin de modifier des attitudes mal adaptées à la gestion du diabète.

Travail réalisé avec le soutien de la société Lilly (bourse de recherche)

CO-11. IMPACT DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT SUR LA PERCEPTION DU CONTRÔLE GLYCÉMIQUE

EMELINE GUÉRIN, MARYLINE PELLETIER, ODILE MAUREL, AGNÈS EULRY, SYLVIE FELDMAN-BILLARD ET LE GROUPE DES RÉFÉRENTS INFIRMIERS EN DIABÉTOLOGIE

SERVICE DE MÉDECINE INTERNE, CHNO DES QUINZE-VINGTS - PARIS

Objectif de l'étude : Comparaison entre la perception subjective de l'équilibre glycémique par le patient ayant reçu ou non une éducation thérapeutique et la réalité objective évaluée par le taux d'HbA1c.

Patients et méthodes : Enquête observationnelle réalisée chez des patients diabétiques de type 2 (> 1 an de diabète connu) dans un centre hospitalier national d'ophtalmologie. Les patients ont été évalués par une infirmière à l'aide d'un questionnaire sur leur perception ainsi que sur leur vécu du diabète et de l'équilibre glycémique. Leur taux d'HbA1c a été mesuré.

Résultats : De février à juillet 2010, 121 patients diabétiques de type 2 âgés de 64 ± 9 ans (55% d'hommes, 63% retraités) ont été inclus. La durée moyenne du diabète connu était de 14 ± 9 ans, 35% des patients étaient insulinotraités, 48% atteints d'une rétinopathie diabétique et le taux moyen d'HbA1c était de $7,6 \pm 1,4\%$. Plus de 80% des patients connaissaient la valeur de la glycémie normale et le risque majoré de complications à long terme en l'absence d'un contrôle glycémique optimal. Soixante patients (50%) estimaient être gênés dans leur vie quotidienne par le diabète. La moitié des patients ($n=67$, 55%) se considéraient bien équilibrés mais, parmi eux, seul un sur 2 l'était ($HbA1c < 7\%$). Les patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique ($n=59$, 49%) étaient plus souvent des hommes ($p=0,02$), insulinotraités ($p=0,001$), atteints de rétinopathie diabétique ($p=0,04$), avec une durée de diabète plus longue ($p=0,02$) et avaient une meilleure connaissance des complications à long terme ($p=0,04$). Le pourcentage de patients estimant correctement leur contrôle glycémique était significativement plus élevé chez ceux ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique (71 vs 53% , OR : $2,2$ [$1,02-4,9$] $p=0,04$). Néanmoins, ni le taux d'HbA1c ni la proportion de patients se déclarant bien équilibrés ne différaient significativement entre ceux ayant ou non reçu une éducation thérapeutique.

Conclusion : A équilibre glycémique égal, un patient ayant reçu une éducation thérapeutique a 2 fois plus de chance d'évaluer correctement son équilibre glycémique. Ces résultats soulignent l'importance de s'appuyer sur des outils objectifs de contrôle glycémique lors des échanges avec le patient. Ils témoignent aussi de l'impact de l'éducation thérapeutique du patient sur la perception du contrôle glycémique.

CO-10. NUMÉRO 108**COMPLICITÉ DANS LA COMPLEXITÉ: UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE DU PATIENT DIABÉTIQUE INTÉGRÉE ET COORDONNÉE AU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE.**

DR SÉBASTIEN JOTTERAND, CHRISTINE SANDOZ, LAURENCE CHASTELLAIN, ANNE VERGÈRES, MAYA CÉS

RÉSEAU NORD BROYE 1400 YVERDON-LES-BAINS SUISSE

OBJECTIFS : L'approche interdisciplinaire s'impose comme un modèle incontournable en médecine de proximité pour la prise en charge des patients chroniques. Nous proposons un changement structurel qui favorise la participation du médecin traitant sur le long terme et de le maintenir le plus proche possible du patient.

METHODE : Sur demande du médecin traitant, une infirmière clinicienne en diabétologie se déplace au cabinet médical. L'infirmière, le médecin et le patient définissent ensemble les objectifs et l'organisation de la prise en charge lors de la consultation conjointe. Le suivi infirmier peut se faire au cabinet médical, au domicile du patient ou au bureau de l'infirmière.*149 médecins de famille contactés, 17 participants.*74 patients (7 perdus pour le suivi).*Age moyen des patients : 60 ans avec 1/3 de femmes.*Durée moyenne du diabète : 5 ans.*Évaluation à 1 an auprès des patients, médecins et infirmières.

RESULTATS : 76% des patients répondent que si on ne leur avait pas proposé de rencontrer l'infirmière au cabinet médical, ils ne seraient pas allés la rencontrer dans un autre endroit. 91 % estiment avoir reçu un enseignement touchant les différents points principaux de la prise en charge du diabète. 100% se sont sentis intégrés à leur prise en charge et considèrent que l'infirmière leur a apporté une aide afin d'être plus actif dans la prise en charge de leur diabète (88% ont répondu « toujours/ souvent » et 12% « quelquefois »).

Les médecins (sauf un) et les infirmières (sauf une) ont évalué que ce mode de collaboration renforçait l'approche interdisciplinaire et l'enseignement thérapeutique, apportait un regard différent sur le patient et améliorait la transmission des informations.

78% des patients avaient des valeurs pour l'HbA1C : une diminution en moyenne de 1%, de 8,4% à 7,4%, a été observée.

DISCUSSION : Pour pallier à l'éloignement habituel des consultations spécialisées, nous avons centré notre projet sur le cabinet du médecin de famille et pour 76% des patients, cet élément a été décisif.

Ils ont confirmé avoir reçu un enseignement thérapeutique et de l'aide afin d'être plus actif dans la prise en charge du diabète.

La baisse de l'HbA1C peut être favorisée par l'intégration du patient à sa prise en charge, l'approche interdisciplinaire et la qualité du lien à son médecin traitant.

CO-12 . ProXYDIAB38 : UNE EXPÉRIENCE ÉDUCATIVE DE PROXIMITÉ DANS LE DIABÈTE DE TYPE 2

MAGALIE BAUDRANT-BOGA, CÉLINE FARRE, SOPHIE UHLENBUSCH, CHRISTEL BLANC, JENNIFER REGNIER, EMLIE BON, FRANÇOISE FRUMY, MYLÈNE JACQUIN, DANIELLE TIRARD-GATEL, SERGE HALIMI.

PROXYDIAB38 / CLINIQUE D'ENDOCRINOLOGIE-DIABÉTOLOGIE-NUTRITION, CHU DE GRENOBLE

Contexte : Depuis 1987, une offre éducative est proposée en Diabétologie au CHU de Grenoble. Elle demeure toutefois insuffisante au regard du nombre de patients diabétiques de type 2 du secteur sanitaire grenoblois (environ 15 000) et de la contrainte exprimée par les patients de se rendre au CHU. Une expérience pilote de structure éducative de proximité (ProXYDiab38) « hors des murs » du CHU a donc émergé, soutenue par la DGS et la CNAM.

Objectifs : Une étude de faisabilité a été mise en place afin d'identifier les critères de réussite (utilisation par le tissu sanitaire territorial), de qualité et les moyens nécessaires au fonctionnement de cette offre innovante.

Méthode : Un bilan d'activité et une évaluation de processus ont été envisagés. Le référentiel d'évaluation a été reconstruit à partir de l'analyse des données de la littérature, d'expériences de réseaux et des recommandations HAS.

Résultats : Etude menée de Novembre 2009 à Juillet 2010. 126 patients adressés majoritairement par les médecins généralistes (42,7%) puis les diabétologues hospitaliers (28,2%) et libéraux (18,2%), 13,7% d'interruption en cours de programme: 64% pour contraintes personnelles, 12% pour non réponse aux attentes. Age moyen = 61 ans, prédominance féminine, HbA1c moyenne = 7,5%, IMC moyen = 31kg/m², 82% sous ADO seuls, 42% d'actifs, 38% sans suivi diabétologique. Attentes prioritaires : diététique puis connaissances. Facteurs aidants: équipe adaptable, pluriprofessionnelle, formée en ETP, planification des temps de travail, actions de communication auprès des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux. Difficultés: devoir adapter, en temps réel, le contenu du programme, les modalités d'accès et les stratégies de communication, assurer la continuité du partenariat avec les professionnels, inventer de nouveaux outils de communication sur le territoire, élargir la zone géographique et les thématiques proposées.

Conclusion : Une telle offre peut s'implanter sur un territoire et répond à une attente des soignants et patients. Mais les besoins restent supérieurs aux possibilités d'accueil avec nos moyens actuels. La pérennité d'un tel dispositif repose sur une action éducative de qualité et un élargissement des objectifs (autres maladies chroniques, mutualisation, échanges d'expériences...) afin de positionner cette structure comme un recours « éducatif » pour les acteurs de santé du territoire.

DO-1. DVD RÉFLEXIF: REGARDS MULTIPLES SUR UNE RÉALITÉ

S. MASMONT-BERWART, D.SOFRA, L. MESSINA*, M. EGLI, J.DOY, L. MARTIN, A. BESSE, J.RUIZ

SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE-DIABÉTOLOGIE ET MÉTABOLISME. CHUV, LAUSANNE (SUISSE)

*SERVICE DE MÉDECINE INTERNE. CHUV, LAUSANNE (SUISSE)

Introduction et objectif : L'hospitalisation d'une personne diabétique pose souvent le problème de la confrontation entre le modèle de l'aigu et du chronique.

L'objectif de ce projet est de créer un outil pédagogique pour améliorer les synergies et le dialogue entre les équipes soignantes, les consultants spécialisés et le patient hospitalisés.

Méthodologie : La vidéo réflexive a été la méthode choisie pour construire des savoirs utiles et pertinents. Elle est adaptée à notre société actuelle qui est fortement influencée par l'image. Le but est d'ouvrir un espace de réflexion pour comprendre les difficultés de la pratique clinique. Au travers d'un processus d'identification face à des situations cliniques habituelles. Pour cela un travail en équipe transdisciplinaire (3 infirmières spécialistes en diabétologie, 1 infirmier généraliste, 3 médecins diabétologues, 1 diététicienne) s'est imposé de lui-même à cause du caractère complexe du diabète hospitalier.

Résultat: Un DVD et son guide d'utilisation ont été créés entre mars 09 et septembre 10, destinés à la formation continue des soignants confrontés à la problématique de prise en charge du diabète. Il aborde deux axes principaux de la relation : « soignants-soignants » et « soignants-soignés ». Les divers scénarios sont basés sur notre expérience pratique afin de mettre en évidence les difficultés et les préoccupations de chacun. L'utilisation de l'image permet de visualiser des situations emblématiques et de les discuter en présence d'un expert qui peut s'appuyer sur le guide d'accompagnement.

Conclusion : Ce travail transdisciplinaire de partage de sens à partir des scènes vidéo va permettre aux équipes hospitalières de mieux se comprendre et mieux agir en synergie. Le DVD est un excellent outil pour que les participants puissent se questionner sur leur pratiques et développer une posture réflexive, à intégrer dans la gestion du patient au quotidien

DO-2. DIAB'IMAGES : MON DIABÈTE EN IMAGES, COMPRENDRE ET AGIR.

ARHAINX MB.*, GUIRAUD M.*, PEYRON A. **, CASSAN A. **, GIRBAL I. **, MARQUES E. **, PEZOUS S. **, CARAYOL C. **, CHAUCHARD MC*, MARTINI J*, LEMOZY S.*

CHU RANGUEIL TOULOUSE - RÉSEAU DIAMIP

Contexte : Une langue étrangère, ou la difficulté à manier lecture et écriture sont des obstacles lors de séances d'éducation thérapeutique. Dans le diabète de type 2, cette difficulté est rencontrée dès l'abord des objectifs et des facteurs de variation glycémiques. En réponse à cette contrainte, un groupe de travail du conseil scientifique de DIAMIP a construit un outil éducatif s'appuyant essentiellement sur des photos : Diab'images, adaptable à 3 séances d'ETP en groupe.

Objectifs :

- Objectif général pour les 3 séances : Se repérer dans les glycémies affichées par un lecteur. Attribuer à un résultat une valeur de norme, d'hypo ou d'hyperglycémie.
- Séance 1 : Agir en faveur de la norme glycémique. Identifier les comportements du quotidien facilitant l'atteinte des objectifs avant et après les repas.
- Séance 2 : Reconnaître et authentifier une hypoglycémie, réagir de façon adaptée.
- Séance 3 : Identifier une valeur comme étant une hyperglycémie. Analyser ce résultat selon l'horaire, apporter une réponse appropriée.

Méthode : Trois plateaux-jeux figurent la norme, l'hypo ou l'hyperglycémie. Un panel de cartes représente des chiffres de glycémies, et en images des symptômes, ou des situations de la vie courante hypo ou hyperglycémiantes. En appui sur la méthode pédagogique de la découverte, les participants sélectionnent les cartes répondant d'après eux à la question de l'intervenant, selon les objectifs de l'une ou l'autre séance. Vécu et identification de situations familières imagées sont sollicités. L'argumentation orale du choix des cartes accroît l'implication de chacun, avant toute synthèse.

Diffusion : Après une évaluation pilote positive, cet outil pédagogique est prêt à être diffusé aux équipes du réseau DIAMIP. Une formation DIAMIP « Découverte et utilisation de Diab'images » réunira des soignants d'un même secteur géographique. Nous prévoyons une évaluation de Diab'images auprès des utilisateurs, dans un but d'évolution coordonnée de sa méthodologie d'utilisation.

Conclusion : Privilégiant l'utilisation d'images, cet outil, adaptable à une éducation thérapeutique collective ou individuelle, peut aussi être proposé à des sujets âgés, et à des groupes de patients de compréhension hétérogène, ou peu à l'aise avec l'écrit. Le laboratoire Sanofi-Aventis apporte son soutien pour sa fabrication et sa diffusion.

DO-3. UNE VALISE D'OUTILS PÉDAGOGIQUES DIÉTÉTIQUES POUR DES ATELIERS DE GROUPE DE PATIENTS EN AMBULATOIRE

EMMA BELISSA - CHLOÉ JEGAT - KATIA TARDIEU - PIERRE-YVES TRAYNARD

RÉSEAU PARIS DIABÈTE

Les ateliers de groupes patients sont reconnus comme une méthode majeure de l'éducation thérapeutique de patients (ETP). Leur développement et leur accessibilité en ambulatoire repose sur leur répartition territoriale, une augmentation du nombre de soignants éducateurs formés, l'utilisation d'outils pédagogiques facilitant la centration sur les patients, et une cohérence des pratiques pédagogiques.

Dans ce cadre, le Réseau Paris Diabète a mis en place des cycles de 3 ateliers diététiques visant à aider les patients diabétiques à acquérir des compétences de sécurité.

Ces ateliers sont conçus pour faciliter l'adaptation des objectifs, et méthodes, aux besoins exprimés par les patients à la suite d'un temps de diagnostic éducatif.

Des outils pédagogiques spécifiques ont été créés pour aider les patients à comprendre, manipuler, raisonner et envisager des applications pratiques dans leur vie quotidienne.

Ils sont regroupés dans une valise qui comporte aussi un référentiel d'animation, les descriptifs des activités pédagogiques déclinés en séquences éducatives modulables (exposés interactifs, tables rondes, séquences de manipulations, situations simulées) et un manuel d'utilisation des outils.

Ces outils ont été réalisés au service des compétences de patients et des capacités à acquérir :

- Une banque d'images d'aliments, de plats (+ de 290 photos), facilitant la simulation de repas (expliquer, adapter, raisonner)
- Des échelles de mesure : gradients à choix multiple, supports de différenciation des aliments et nutriments (mesurer, adapter)
- Des supports visuels interactifs : disques modulables, assemblables, un visuel de proportion des familles d'aliments, et des mosaïques magnétiques à construire facilitant une appropriation des notions d'équilibre alimentaire (manipuler, adapter)
- Des emballages de plats préparés et d'aliments d'épicerie, pour faciliter la compréhension des compositions (s'expliquer, choisir)
- Des cartes et menus de restauration aidant à la simulation et à l'adaptation (raisonner, choisir)
- Des supports d'auto évaluation favorisant l'application des acquis
- Des documents remis patients, validés par des groupes de patients.

Cette valise d'outils pédagogiques permet l'adaptabilité des ateliers au bilan éducatif initial, contribue à renforcer les pratiques d'ETP, et soutient les décisions d'application des patients.

DO-4. FORMATION DES SOIGNANTS A L'ETP : UNE SENSIBILISATION ÉVALUÉE PAR CARTES CONCEPTUELLES

G.DERVAUX, C.GILLOT, C.BREBION, J.COQUART, C.GEOFFROY, A. TACCOEN, C.LEMAIRE

SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE - NUTRITION, CENTRE HOSPITALIER DE BÉTHUNE

Notre service a organisé une formation à l'ETP des soignants, afin de les sensibiliser à la mise en œuvre de l'ETP lors de leur prise en charge de patients atteints de maladie chronique, tout en visant l'acquisition de compétences rapidement mobilisable. En 2010, 25 soignants ont suivi cette formation lors des 2 sessions organisées.

Cette formation consiste en 12 heures de sensibilisation à l'ETP, réparties en 4 modules thématiques de 3 heures : « Maladies Chroniques et ETP » ; « Apprendre » ; « Ecoute et Motivation » ; « Annonce de la maladie ». Le programme pédagogique fut conçu par 5 soignants (2 médecins, 1 infirmière, 2 psychologues) justifiant de compétences de formateur en ETP.

L'évaluation de cette formation « de base » en ETP (niveau 1 sur 3 de l'INPES) s'est faite à partir de cartes conceptuelles. Cet outil permet une représentation graphique hiérarchisée des connaissances d'un individu sur un sujet, sous la forme d'un ensemble de concepts reliés entre eux par des relations de sens. Une carte conceptuelle exprime l'organisation des connaissances de son auteur, y compris ses représentations. Les apprentissages réalisés sont révélés par la capacité à réorganiser ses connaissances antérieures, à les mettre en lien avec de nouveaux concepts en perfectionnant sa carte conceptuelle.

Chaque soignant disposait de 30 minutes pour établir sa carte sur le thème de l'ETP au début du 1er module (valeur de pré-test) puis à la fin du 4ème module (valeur de post-test). Entre temps, il pouvait modifier cette carte par un travail personnel facultatif. Une transcription informatique de toutes les cartes conceptuelles fut réalisée à l'aide du logiciel libre CmapTools, puis analysée par la méthode de Novak et Godwin qui combine comptage et analyse de contenu.

Une progression significative de la pertinence hiérarchique des cartes conceptuelles des participants (nombre de concepts : $p < 0,01$) ; ainsi que de leur pertinence qualitative (nombres de liens valides entre concepts proches : $p < 0,01$; nombres de liens valides entre concepts éloignés : $p < 0,05$) est constatée. La validité de ce programme éducatif de sensibilisation à l'ETP est démontrée par l'enrichissement des cartes conceptuelles. Ces dernières se révèlent être des outils adaptés à l'évaluation d'apprentissages significatifs, et aident à planifier un module complémentaire de formation, individuel ou collectif.

DO-5. CONCEPTION ET EVALUATION DE LA FAISABILITE D'UN OUTIL PEDAGOGIQUE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE TRAITES

E FASSBIND, S FERCOT, L GRANGE, B ALLENET.

CHU GRENOBLE : THEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525), UNIVERSITÉ J FOURIER

Introduction : La démocratisation de la prescription de biothérapies dans la prise en charge médicamenteuse des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) a entraîné de nouveaux enjeux en termes d'éducation thérapeutique, avec la nécessité de développer des outils permettant l'acquisition par les patients des compétences de sécurité, d'auto-soins et d'adaptation visant ces nouveaux traitements. Devant l'absence d'outil spécifique, notre objectif a donc été de créer un outil pédagogique destiné aux patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques traités par biothérapie et d'en évaluer la faisabilité en pratique courante.

Méthode : Notre démarche s'est basée sur 1. une recherche bibliographique ciblant les messages clés concernant la sécurisation des patients sous biothérapie d'une part, les outils pédagogiques possibles d'autre part, tout ceci croisé avec 2. l'expérience de l'équipe dans l'accompagnement éducatif des patients atteints de RIC.

Résultats : Les recommandations diffusées par la Société Française de Rhumatologie ont nourri la construction des messages pédagogiques ; concernant la forme de l'outil, nous avons opté pour un jeu de cartes question/réponse « EduBioT ». Ce jeu se présente sous la forme de cartes plastifiées ou cartes power point, de format A5 (portrait) ; il comporte : 6 familles de questions avec code couleurs et numérotations ; la liste des thèmes abordés et le nombre de questions par famille ; la règle du jeu ; deux séries de cartes questions, une série de cartes questions/réponses ; des fiches support et un guide d'utilisation pour l'animateur. Sur chaque carte, on retrouve une question fermée (« Vrai ou faux ») de type affirmation sur des situations de la vie quotidienne et/ou sur le recours au traitement. Le dispositif a pu déjà être testé auprès de 13 patients pour en faire évoluer l'acceptabilité et l'impact. La version « électronique » est en cours de test, sur base d'un écran tactile géant.

CA-1. LES ALIMAGNETS

DELPHINE GOURDON

CENTRE MÉDICAL DE FORCILLES, HÔPITAL E.S.P.I.C 77150 FÉROLLES-ATTILLY

L'outil « les alimagnets » est destiné à l'éducation thérapeutique des adultes dans le domaine du diabète et de la nutrition.

Description de l'outil : Il est composé de 2 séries de 114 magnets réalisés à partir de photos d'aliments, de 6 fiches menus (réalisés avec des magnets dûment sélectionnés), d'ardoises magnétiques et d'un guide d'utilisation.

Chaque magnet comporte la photo d'une portion d'aliment encadrée de la couleur correspondant au code couleur des groupes d'aliments.

Sur chacun d'eux est indiqué, en haut, dans le cadre de couleur, le nom de l'aliment photographié ainsi que le poids brut correspondant à la portion représentée, et en bas, dans un cadre noir, des symboles associés à des chiffres représentant les apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs en macro nutriments et alcool.

Objectifs éducatifs et méthodes pédagogiques : Cet outil d'animation a comme objectif l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation, principalement dans le cadre de l'équilibre alimentaire, plus précisément :

Compétences d'auto-soins : Améliorer son équilibre alimentaire, savoir composer un menu équilibré, identifier les bases de l'équilibre alimentaire, comprendre le lien entre l'alimentation et le diabète, adapter sa consommation de matières grasses, identifier la composition des aliments, savoir réaliser des équivalences, calculer l'apport en glucides de ses repas.

Compétences d'adaptation : Améliorer sa perception de l'alimentation, analyser son équilibre alimentaire, gérer ses repas au restaurant /les invitations. Les méthodes pédagogiques sont axées sur la participation active des patients par la mise en pratique, de façon concrète, ludique. Cet outil permet une utilisation centrée sur le patient, plusieurs niveaux d'éducation et plusieurs possibilités d'activités. Etant avant tout visuel, aucune maîtrise de l'écrit n'est nécessaire. Évalué par les patients et par les professionnels utilisateurs, cet outil a été adopté au sein du service de diabétologie, depuis 2009, pour l'atelier « équilibre alimentaire ».

Conclusion : Créé dans le but de répondre à un réel besoin d'outil adapté à nos pratiques, cet outil offre de larges possibilités d'utilisation en éducation nutritionnelle, avec en particulier sa présentation visuelle. Je le soumetts à votre avis en espérant avoir l'opportunité de le faire partager et ainsi peut-être apporter ma modeste contribution au développement de l'éducation thérapeutique.

DO-6. GLUCOCOMPTEUR : COMBIEN DE GLUCIDES DANS CE PLAT ?

JACQUELINE DELAUNAY

SERVICE DE DIABÉTOLOGIE - CHU TOULOUSE HOPITAL RANGUEIL

Le glucomètre est un outil d'accompagnement du patient pour faciliter le compte des glucides du repas, l'estimation des quantités alimentaires et calculer la dose d'insuline utile au repas. Cet outil a été développé à partir du recueil des besoins et préférences de 20 patients, et avec l'aide financière d'un laboratoire.

Présentation : Mémo pratique, quadryptique de format poche, simple à emporter et utiliser, accompagné d'un feuillet explicatif. Sur les 4 faces internes, une table alimentaire précise quantité de glucides, notion d'index glycémique et de graisses de 300 aliments en portion ou aux 100g, classés par catégories. La lecture s'effectue à l'aide de tirettes sélectionnant les données de l'aliment spécifié. La face extérieure comprend 4 parties : Présentation de l'outil ; Mes repères glucides portion, composition d'aliments génériques de base ; Ma sélection d'aliments, complétée par le patient avec ses aliments favoris ; Mes repères calcul personnalisable avec réglette pour calcul d'insuline à partir des glucides et du ratio précisé ou recalcul du ratio à partir des glucides et du bolus. Enfin, Mes équivalents visuels, 48 photos d'aliments à la portion pour l'aide à l'estimation des quantités, situés à l'intérieur du document. L'utilisation sera individuelle au domicile mais initiée en accompagnement, ou collective lors de séances éducatives, de résolution de cas ou mise en situation.

Une évaluation de satisfaction a été réalisée sur 37 patients dont 32 l'utilisaient depuis ≥3 mois. Résultats : 95% note une appropriation simple, 76% l'utilise régulièrement (soit 4 à 5 fois/sem ou plus), 78% plus au début qu'après. Utilisation Souvent à Très souvent : 65% les glucides à la portion (80% jamais), 59% la table (10% jamais), 36% les images (39% jamais) 15% la réglette de calcul (40% jamais). 57% ont utilisé les parties personnalisables. Note globale de satisfaction 4/5.

Pour l'accompagnement et la réglette, une réflexion est en place.

Une évaluation multicentrique par les soignants au niveau national est en cours.

Conclusion : Outil, rapidement consultable et personnalisable, sa présentation fonctionnelle originale et son calculateur d'insuline, aident la prise en charge de repas individualisés, mais aussi de plats ou aliments particuliers et peut participer à l'amélioration de la qualité de vie.

CA-2. DIABÉTIQUE, ET ALORS ! SUR LES CHEMINES DE SAINT-JACQUES DE COMPOSTELLE

FLORENCE ODIN

DIALOGS - COLOMBIER

Différentes études s'accordent sur le fait que la pratique régulière d'une activité physique (AP) est bénéfique pour les personnes diabétiques.

Pour autant, ces personnes éprouvent de grandes difficultés à s'engager durablement dans une AP malgré le fait qu'elles considèrent cette pratique comme importante pour leur santé. Outre le carnet de route, le podomètre ou encore le cardiofréquencemètre, depuis deux ans DIALOGS utilise le chemin de St Jacques comme outil d'éducation à l'AP pour aider les patients dans leur démarche de reprendre une AP ou de la maintenir. St Jacques s'adresse aux patients diabétiques 2 mais aussi à leurs conjoints en tant que personnes ressources. Son objectif général est de favoriser la pratique durable d'une AP adaptée en vue d'améliorer la qualité de vie des patients. Il s'organise en trois temps :

AVANT St Jacques, créer des liens sociaux pour pratiquer et pour inclure les patients dans un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec comme objectifs possibles :

- se sentir capable de pratiquer une AP même de longue durée
- pouvoir se prendre en charge pour s'entraîner
- savoir adapter son effort en fonction de ses capacités du jour
- savoir adapter son matériel et son traitement à l'activité
- savoir s'alimenter et surveiller ses pieds avant, pendant et après l'effort
- savoir reconnaître les signes cardiaques et de l'hypoglycémie et savoir les gérer

PENDANT St Jacques, permettre aux patients de mettre en application leurs savoirs comme

- gérer au mieux leur effort en fonction des étapes
- adapter leur alimentation à l'effort fourni
- prendre soin de leurs pieds
- aller au bout du projet dans les meilleures conditions de santé

APRES St Jacques, permettre aux patients de

- partager ce défi
- maintenir un engouement autour de l'AP pour la maintenir
- promouvoir l'AP auprès des nouveaux patients
- devenir patient expert

28 patients et 6 accompagnants se sont engagés dans le projet St Jacques. Suite à la préparation, 16 se sont estimés inaptes à partir.

Au total, 13 patients et 5 accompagnants ont participé à la randonnée.

Parmi eux, 3 sont devenus patients référents pour les marches, 7 viennent témoigner lors de séances d'éducation de leur expérience pour motiver les autres patients. Cet outil permet donc à certains de devenir patients experts c'est-à-dire formateurs de nouveaux malades ce qui est un objectif majeur de l'éducation thérapeutique.

CA-3. BIEN VIVRE AVEC SON DIABÈTE PENDANT LA PÉRIODE DU RAMADAN

DUGARDIN NATHALIE, GENGEMBE VÉRONIQUE, MÉRABET LINDA, DELEPORTE MARIE-RENÉE, DOLE ERIKA, JEANJEAN MARIE-EMMANUELE
HÔPITAL ST VINCENT - LILLE

Depuis plusieurs années, nous sommes amenés à discuter avec nos patients qui souhaitent suivre le jeûne du Ramadan, d'une adaptation de la prise en charge de leur diabète: diététique, auto surveillance, médicaments et insulinothérapie. Nous avons appris leurs coutumes notamment les traditions alimentaires et recueilli leurs difficultés vis à vis du traitement du diabète. Beaucoup de ces patients ne maîtrisent pas le langage écrit français ou étranger.

Nous avons donc conçu à leur intention une plaquette en images reprenant les informations à connaître pour éviter un déséquilibre grave du diabète pendant cette période:

- rappel des signes d'hypoglycémie (la journée), des signes d'hyperglycémie (la nuit)
- bien boire pendant la période de non jeûne
- changer les horaires d'auto surveillance
- adapter son traitement sur les conseils des soignants
- description des repas avec évaluation de la qualité et des quantités en fonction des heures avec équivalences glucidiques et lipidiques de certains aliments traditionnels.
- situations à risque où le jeûne est déconseillé

Ce document a été construit en suivant le cycle d'avant le lever puis après le coucher du soleil et en utilisant le symbole de la main pour rappeler les cinq piliers de l'Islam et de façon pratique les mesures à adopter pour l'alimentation

CA-4. DÉTERSION MÉCANIQUE DES PLAIES DE PIED DIABÉTIQUE: CRÉATION D'UN FILM POUR FORMER LES INFIRMIÈRES D'HAD ET LIBÉRALES.

BAHIA CHEKROUN, CHRISTINE GUILLAUME, CLAUDINE PARMENTIER, CHRISTIANE DORESSAMY, PATRICIA RODRIGUEZ, ETIENNE LARGER, JOCELYNE M'BEMBA.

SERVICE DE DIABÉTOLOGIE, HÔTEL DIEU - PARIS

Objectifs : Notre centre de cicatrization ambulatoire accueille 200 nouveaux patients diabétiques par an pour plaie de pied (1220 pansements/an). Pour une cicatrization optimum, ces plaies nécessitent une détersion mécanique quasi quotidienne. Les infirmières de ville ne sont pas toutes formées à ces pratiques ce qui peut freiner l'évolution de ces plaies. Nous avons donc décidé de faire un film éducatif et de l'insérer dans une formation spécifique ciblée sur la prise en charge du pied diabétique.

Méthode : Un film a été réalisé concernant les soins des plaies de pied diabétique. Une IDE du service a été filmé pendant la réalisation de soins de pied. Les séquences privilégiées sont: la préparation du matériel, les procédures d'asepsie, mais surtout la détersion mécanique à la curette et ou au bistouri, la pose des pansements (découpage). D'autres séquences concernant les différents types de plaies à différents stades évolutifs sont en cours de tournage. Ce film à visée éducative et formative a été réalisé par l'équipe audiovisuelle de l'APHP en collaboration avec le service de diabétologie. Il s'adresse aux IDE à domicile et de l'HAD, mais peut aussi être utilisé pour la formation des étudiants en soins et des nouveaux soignants du service.

Conclusions : Depuis septembre 2010, ce film inséré dans une formation théorique et pratique sous forme d'ateliers, est utilisé pour la formation des IDE d'HAD de l'APHP, soit 20 personnes formées en 2010. Pour l'année 2011, 2 formations sont déjà programmées pour former 40 IDE du réseau Paris Diabète. La diffusion de ce film couplé à une formation ciblée sur le pied diabétique doit permettre une meilleure collaboration des soignants pour la prise en charge des soins de pieds diabétiques à domicile et limiter le nombre des complications type ostéites et amputations.

CA-5. MXS, UNE NOUVELLE APPLICATION WEB FAVORISANT UN SOUTIEN NUTRITIONNEL ET LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES SUJETS DIABÉTIQUES DE TYPE 2

S. FRANC, C SANTOS(1), A-C COYNE(1), O DIGAUD(3), A DAOUDI(1), B NÉRAUD(1), G LÉPAPE(1), D DARDARI(1), J-L BOISVIEUX(3), G CHARPENTIER(1,2)

(1) CERITD, CENTRE D'ETUDES ET DE RECHERCHE POUR L'INTENSIFICATION DU TRAITEMENT DU DIABÈTE, CORBEIL ESSONNES

(2) SERVICE DE DIABÉTOLOGIE, CENTRE HOSPITALIER SUD-FRANCIEN, CORBEIL-ESSONNES

(3) HÔPITAL PITIÉ SALPETRIÈRE - PARIS

Dans le diabète de type 2 (DT2), la réduction de l'apport calorique en particulier glucidique, est le moyen le plus efficace de réduire l'hyperglycémie et l'insulinorésistance du patient DT2 en surpoids. L'insulinosensibilité sera aussi améliorée par l'activité physique. Si ces mesures hygiéno-diététiques sont connues, elles sont difficiles à mettre en œuvre et à maintenir dans le temps. Le programme MXS_eDiabeto a été développé pour permettre un soutien durable nutritionnel et d'encouragement à l'activité physique. Le patient fait son auto-enquête alimentaire, évalue son activité physique et dispose d'un générateur de menus pour élaborer ses repas. Côté soignant, ce système permet de définir des objectifs d'amélioration de la diététique et de l'activité physique pour les patients participant au programme et de les suivre à distance par télématique. L'étude de faisabilité a été conduite chez 26 patients DT2 âge 53 ans, 7 ans d'évolution, HbA1c initiale 7.8%. Les patients ont jugé l'usage du système MXS facile (n=11) ou très facile (n=5). Dix d'entre eux étaient plus réservés. L'enquête diététique s'est révélée très fiable (moins de 10% de différence dans l'apport calorique par rapport à celle d'une diététicienne expérimentée, utilisant les tables de référence). Sur le plan nutritionnel, les recommandations données par le système étaient considérées comme très utiles par 20 patients (77%) et comme intéressantes sans plus, dans les 6 cas restants. Toutes celles sur l'activité physique ont été jugées très utiles (n=18) ou utiles (n=8). La majorité des patients (96%) s'est dite intéressée ou très intéressée pour continuer à utiliser le système au domicile et pour bénéficier des fonctionnalités du suivi. Une plus large étude randomisée est sur le point de démarrer, testant le système MXS avec suivi télématique et consultations diététiques, centrées non pas sur la collecte des données (faite par l'outil MXS) mais sur le soutien motivationnel vs une prise en charge conventionnelle chez des patients DT2, pouvant tirer bénéfice d'une prise en charge diététique.

CA-6. ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT / ADOLESCENT AYANT UN DIABÈTE DE TYPE 1 EN CRÈCHE ET À L'ÉCOLE : FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, À L'ÉCHELLE

AM BERTRAND*, L VINCENT*, S SCHWENDENMAN, B MIGNOT*, JLROBBE**, C GIRARDIN**, E FERRY**, S GRAILLE**, C MONNET**, D ARNOULD**, B SIMONIN**, B DUPUY**, M VIAS***, M CAHANE***, JJ ROBERT***

*PÉDIATRIE 1, CHU SAINT JACQUES, BESANCON 25000 ;**SANTÉ SCOLAIRE ET CONSEIL GÉNÉRAL PMI 25, 70,39 ,90 ;***AJD PARIS.

Objectif : promouvoir une prise en charge des enfants / adolescents diabétiques plus adaptée à leurs besoins de santé et d'éducation.

Contexte : crèches et écoles ont le devoir d'intégrer un enfant atteint de maladie chronique. Ces lieux de vie principaux de l'enfant ont un réel rôle à jouer dans la gestion quotidienne du diabète. En France, malgré la mise en place du projet d'accueil individualisé (PAI), d'importantes disparités sont rapportées.

Les professionnels de santé doivent être formés pour être mieux conscients des besoins de ces enfants, faire face aux situations d'urgence et favoriser un meilleur contrôle glycémique.

Méthode : session d'une journée, réalisée par un binôme -pédiatre diabétologue et infirmière d'éducation -associé à l'équipe hospitalière de proximité, sur la base d'un réseau régional, puis étendue aux quatre départements de Franche Comté. Public : médecins et infirmières du Conseil Général et de la Santé Scolaire. Supports : AJD. Le programme abordait leurs thèmes prioritaires : actualités sur l'insulinothérapie, auto surveillance glycémique, techniques d'injection, hypo et hyperglycémies, alimentation, activité physique, psychologie, voyages. Les outils éducatifs ont été choisis pour stimuler l'interactivité et échanges (remue-méninges, résolution de problèmes, ateliers techniques ...)

Résultats : 9 sessions réalisées sur 2 ans ont permis la formation de 304 professionnels. Les évaluations ont montré un haut niveau de satisfaction des participants et de l'équipe formatrice. Les familles ont noté un meilleur accueil et une approche plus individualisée. Une réflexion est en cours pour maintenir les acquis des professionnels de santé et optimiser la transmission aux enseignants et aux enseignants d'EPS.

Conclusion : Une telle initiative dans une région nécessite des directives nationales cohérentes. Une formation, « sur mesure », en proximité, avec une approche multidisciplinaire, est un point clé pour améliorer la communication entre les partenaires et faciliter la résolution des problèmes au quotidien. Un programme de formation des professionnels de santé des crèches et des écoles peut faciliter la mise en place d'un environnement plus adapté aux enfants et adolescents ayant un diabète type 1 et un accès égalitaire à l'éducation.

CA-7. L'APPROCHE DE L'ALIMENTATION ET DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE L'ADOLESCENT OBÈSE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME AMBULATOIRE EN GROUPE.

WYPYCH LAURENT, LAURENT THOMAS, CARRE CLÉMENT, DERVAUX GUILLAUME

ASSOCIATION PRÉVENTION ARTOIS, PRÉVART - RÉSEAU DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE - BÉTHUNE

Force est de constater que, dans de nombreux cas, les approches proposées aux adolescents obèses restent très contraignantes et restrictives alors que l'objectif est un changement durable de comportement alimentaire pour stabiliser le poids et permettre une amélioration de l'indice de masse corporelle à long terme. Par ailleurs, les discours et méthodes d'amaigrissements diffusés par les médias et même par le milieu médical sont très divers pour ne pas dire paradoxaux...

Comment amener l'adolescent à choisir une méthode réaliste et réalisable sur le long terme, tout en respectant son choix ?

Nous avons pour cela, depuis 2007, bâti un atelier d'éducation thérapeutique centré sur le comportement alimentaire (qui s'insère dans une démarche globale, axée sur le bien-être avec des ateliers de médiation artistique pour travailler l'image du corps et l'estime de soi et un programme d'activité physique adapté) qui a pour objectif d'amener l'adolescent à situer ses difficultés avant de choisir la méthode de changement qui lui conviendra le mieux.

L'atelier est structuré en une dizaine de séances qui, partant des connaissances, des représentations et du vécu de l'obésité, ont pour objectif la création d'un socle commun de connaissance permettant la mise en place de stratégies individualisées pour chacun des participants.

Lors des séances, les adolescents sont invités à faire le point sur ce qu'est l'obésité et ses conséquences sur leur vie, sur les messages de prévention actuels, sur le rôle et l'impact de l'activité physique dans la régulation du poids et sur leurs expériences antérieures de contrôle du poids. Les conséquences de restrictions trop fortes sont aussi abordées et différentes expériences et exercices d'observation sont proposés pour comprendre et apprendre à mieux réguler son comportement alimentaire (notamment à l'aide des approches psycho-sensorielles).

Des outils d'animation spécifiques, visuels et participatifs (diagramme des préférences alimentaires, photo langage/émotion, etc.) ont, par ailleurs, été créés.

Enfin, des temps d'échanges et de parole réguliers sont organisés avec les parents pour qu'ils puissent accompagner au mieux l'adolescent dans sa démarche.

CA-8. ATTENTES ET ADHÉSION À UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE SPORT ET DIABÈTE POUR ADOLESCENTS

CLAIRE LE TALLEC, CHRISTINE ROHOU VITRAND, CLAIRE BELVAL, KARINE BARRE, PAULINE DUCEPT, NATHALIE DE BARROS, CORINNE COLMEL, CAROLE MORIN, PATRICK LARTIGUET

ASSOCIATION ENFANCE ADOLESCENCE DIABÈTE MIDI-PYRÉNÉES, HÔPITAL DES ENFANTS TOULOUSE

Avant de participer à un séjour d'éducation thérapeutique collective de 3 à 5 jours en 2009 sur le thème sport et diabète, un questionnaire a été proposé aux adolescents et à leurs parents pour repérer leurs attentes, pour identifier les facteurs facilitant leur adhésion à ce programme ; en fin de séjour un questionnaire a été proposé pour évaluer leur satisfaction et leur motivation à revenir.

Population : 125 adolescents âgés de 12 à 17 ans avec un diabète de type I suivi depuis en moyenne 6 ans. 93% ont une activité physique (au minimum activité scolaire). Pour 94%, le sport est bon pour la santé, pour 82%, le sport améliore les résultats des glycémies, pour 74%, le sport est responsable d'hypoglycémie. 31% expriment un sentiment d'injustice, 20% expriment de la colère. 25% expriment de l'optimisme. Pour 83% les relations avec leur entourage sont difficiles par incompréhension.

Les attentes des adolescents : Rencontrer d'autres adolescents (72%), faire du sport (70%) Apprendre à mieux gérer le diabète par rapport à l'activité physique (64%), Mieux comprendre le diabète (40%), avoir des réponses à leurs questions (32%)

Les attentes des parents pour leur enfant : amélioration des connaissances (91%), rencontrer d'autres adolescents (38%), acquérir plus d'autonomie (25%), faciliter l'acceptation (10%).

Les éléments favorisant l'adhésion au programme et la motivation à revenir : vivre avec un groupe d'adolescents de leur âge (91%), les échanges avec le personnel soignant (confiance dans l'équipe soignante pour 84%, cohérence dans les informations pour 53%), les méthodes d'apprentissage (mise en situation pour 76% et le groupe pour 53%)

La proposition de séjours de courte durée avec des activités ciblées théoriques et pratiques dont les intentions pédagogiques sont explicitées semble correspondre aux attentes puisque en fin de séjour 99% des adolescents disent vouloir participer à un nouveau programme.

En conclusion les adolescents sont en attente d'un accompagnement éducatif. Ils y adhèrent d'autant plus que l'activité est collective avec des jeunes de leur âge. Ils attendent des résolutions de problèmes répondant à leur vécu et à leur problématique. Il paraît important au sein d'un programme collectif d'identifier les besoins de chaque participant pour avoir une réponse personnalisée. Les attentes des parents sont davantage de l'ordre conceptuel.

CA-9. LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ AU CETRADIMN, ROUBAIX

FANNY BRACQ-RETOURNÉ, NATHALIE BERTH

CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX

Une certaine catégorie de personnes consulte notre centre avec l'objectif de perdre du poids. Ce sont celles qui ont généralement mis en œuvre de très nombreuses stratégies pour maigrir fondées souvent sur la mise en place de régimes plus ou moins restrictifs. Leur constat est souvent unanime : une évolution pondérale en yo-yo et une souffrance, voire une détresse profonde les conduisant à des troubles du comportement alimentaire et à un état de restriction cognitive. Initialement, dans notre service, pour cette catégorie de patients, ce sont des solutions alternatives aux régimes telles que l'adaptation diététique personnalisée ou l'apprentissage approfondi en cuisine qui ont été proposés, mais sans succès véritable. L'émergence du concept d'éducation thérapeutique dans les années 90 a permis de comprendre d'une autre façon la problématique apportée par ce type de patient : une approche centrée uniquement sur la diététique, si elle apportait du savoir et du savoir faire, occultait en revanche tout ce qui touche au savoir être et au savoir devenir et ne permettait donc pas de rejoindre le patient dans la grande détresse personnelle où il se trouvait, générée par les échecs successifs à maigrir. Il s'agissait donc de passer d'un modèle biomédical, prescriptif, à un modèle bio-psycho-social, éducatif. Des groupes d'éducation ont été mis en place pour patientes obèses, co-animés par une psychologue TCC et une diététicienne. Les groupes sont fermés, limités en nombre et composés de femmes uniquement. Il y a 20 séances hebdomadaires de 4 H, suivies selon un modèle de prévention de la rechute.

Les objectifs sont multiples : le but premier n'est pas de perdre du poids, mais de se réconcilier avec l'alimentation dans le but d'améliorer les troubles du comportement alimentaire, de restaurer l'estime de soi et d'apprendre à gérer ses émotions. Les techniques thérapeutiques utilisées sont nombreuses, toutes scientifiquement validées. La prise en charge thérapeutique a été évaluée auprès de 74 patientes. Les variables pondérales (poids et indice de masse corporelle) et les variables psychologiques à l'aide de questionnaires (symptomatologie dépressive et anxieuse, affirmation de soi, sentiment de contrôle, estime de soi et trouble du comportement alimentaire) ont été mesurés à différents moments. Les résultats montrent une baisse pondérale significative et une amélioration globale des variables psychologiques.

CA-10. UNE APPROCHE DIÉTÉTIQUE ÉLARGIE

BESSON VIRGINIE, BOUTET CHANTAL ET PERRIER ANNICK
MRSS SAVÉDIAB

Contexte : La majorité des patients diabétiques de type 2 ont des difficultés à suivre les conseils alimentaires. Nos patients, évoquent, pour au moins 50% d'entre eux, des troubles de leur comportement alimentaire.

But : Nous proposons un atelier de réflexion sur nos attitudes face à la nourriture et un sur le goût, pour tendre vers un comportement alimentaire régulé. Méthode: 2 ateliers thérapeutiques de 2 h, avec 1 diététicienne et 1 psychologue, avec 1 dizaine de patients. Atelier comportements alimentaires : table ronde à partir de situations vécues par les patients, et reprises par le groupe. Atelier du goût : dégustation d'aliments pour les découvrir avec tous nos sens. **Résultats :** Nous transmettons des notions compréhensibles par tous. Les patients sont surpris de constater que la diététique n'est pas évoquée en termes de renoncement et de restriction. Ils sont rapidement séduits par l'approche non conventionnelle, où la découverte de nouvelles sensations et la dimension du plaisir sont pris en compte. Ils découvrent par l'expérience que le plaisir et la satiété ne sont pas liés à la quantité. Ils se sentent encouragés, valorisés par leur capacité à reproduire rapidement des expériences vécues ou expliquées lors des ateliers et déduisent souvent une analyse de leur propre situation et s'approprient les techniques proposées. Ces ateliers contribuent à améliorer l'estime de soi des patients.

Conclusion : Cette démarche permet de lever l'appréhension des patients par rapport aux conseils diététiques et leur application, d'induire un comportement serein face à l'alimentation, de réintroduire la notion de plaisir, et à terme, d'améliorer la qualité de vie des personnes diabétiques. "on apprécie mieux les aliments et on est moins tenté par les interdits"

CA-11. LE RELEVÉ DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES COMME ÉTAPE PRÉLIMINAIRE À LA CONCEPTION D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION DU PATIENT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

KUBIAK CYNTHIA; CARRE CLÉMENT; MOREL PATRICIA; MAJ CLAUDINE; FOULON CLAIRE

ASSOCIATION PRÉVENTION ARTOIS - RÉSEAU DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE PRÉVART

Dans le cadre de la restructuration d'un programme d'éducation thérapeutique du Patient en activité physique adaptée, le réseau de santé cardiovasculaire Prévert a choisi de s'appuyer sur l'analyse des besoins et attentes des futurs bénéficiaires du programme avant d'en élaborer le contenu.

Cette phase préalable à la conception des contenus s'est construite à travers 2 réunions réunissant, au total, 16 personnes à risques cardiovasculaires. Le relevé des besoins et des attentes s'est effectué à partir de la méthode du Méta-plan et de la conception d'une question, à laquelle ont été associées les modalités d'animation du remue-méninge.

A travers cette analyse, le programme a laissé une place importante au développement des compétences d'adaptation incluant l'amélioration de la condition physique.

Ce travail, centré sur l'expression des besoins et des attentes a permis, d'une part, de relever les difficultés quotidiennes rencontrées pouvant apparaître comme des freins à la pratique de l'activité physique, d'autre part, d'identifier des compétences d'auto-soins et d'adaptation à développer dans le cadre du programme.

CA-12. UN PROGRAMME D'ÉDUCATION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ET APRÈS ?

MOREL PATRICIA, KUBIAK CYNTHIA, CARRE CLÉMENT, FOULON CLAIRE, LEMAIRE CHRISTINE

ASSOCIATION PRÉVART

La poursuite d'une activité physique régulière des personnes ayant participé à un programme d'éducation du patient en activité physique adaptée est l'une des préoccupations premières des éducateurs médico-sportifs du réseau de santé cardiovasculaire Prévert.

A travers une méthode mise en place depuis 2002, associant délocalisation des activités sur des sites de proximité et soutien actif à l'émergence d'associations de patients (aide à la rédaction des statuts, recrutement des animateurs, affiliation, recherche de subventions...), le réseau a impulsé l'émergence de plusieurs associations créées par des personnes ayant bénéficié du programme d'éducation en activité physique.

Entre 2004 et 2010, 7 associations de patients ont vu le jour sur l'arrondissement de Béthune. Elles sont nées des besoins exprimés des personnes au terme de leur parcours au sein du réseau. Ainsi, elles ont progressivement répondu aux manques identifiés en termes de couverture géographique et de diversité des créneaux horaires (actifs/non actifs).

La méthode expérimentée sur le territoire de l'Artois (arrondissement de Béthune) est plus que concluante car les liens privilégiés entretenus avec les associations de patients et la diversité de leurs offres est un facteur déterminant de l'engagement des personnes dans une activité physique régulière. Cet investissement auprès des associations de patients tend à évoluer aujourd'hui vers la formalisation d'actions de formation à destination des dirigeants et des animateurs d'atelier.

CCA-13. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

FLORENCE ODIN

SAVEDIAB

Les études s'accordent sur le fait que la pratique d'une activité physique (AP) régulière est bénéfique pour les personnes diabétiques type 2. Pour autant, une telle pratique semble difficile à intégrer dans la vie des patients. La question est alors : comment les aider à s'engager dans une AP ?

Pour y répondre, j'ai mené une enquête par questionnaires auprès des 247 professionnels de santé et des 108 patients alors adhérents.

Les analyses ont été effectuées sur 37 professionnels et sur 64 patients.

Cette enquête fait ressortir 6 points.

Les professionnels de santé considèrent que la pratique d'une AP est importante pour leurs patients mais pour des raisons surtout liées à la santé physique, oubliant celles liées à la santé mentale et sociale.

La majorité estime leurs conseils insuffisants pour permettre à leurs patients de reprendre une AP.

Il n'y a pas de consensus sur la notion d'AP. Plus, il demeure des incertitudes par rapport aux messages diffusés par le PNNS : faire de la gymnastique douce et monter les escaliers ne sont pas considérés comme des AP par 19% et 11% des professionnels.

Les patients expriment leurs difficultés pour reprendre une AP. Le problème de santé vient en premier suivi par : je n'arrive pas à m'y mettre (34%), je n'ai personne avec qui pratiquer (19%), cela coûte trop cher (17%), ou j'ai peur de ne pas être à la hauteur (13%).

32% des patients ont adhéré dans le passé à une structure sportive et ont arrêté parce que l'activité ne leur convenait plus ou était trop difficile.

La notion d'AP est floue.

Il nous a donc semblé important d'offrir au patient un accompagnement "AP" et de former les professionnels en AP et de santé à l'AP adaptée.

Actuellement, nous proposons aux patients un entretien individuel afin de mieux répondre à leurs attentes, un suivi individuel, des séances d'AP adaptées, un soutien financier. Nous invitons les professionnels à des formations sur l'AP adaptée.

Les résultats sont publiés dans la revue EPS 337.

CA-14. PRÉVENTION DU DIABÈTE DE TYPE 2: ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA SANTÉ.

ATEFEH ANDER; VIRGINIE BEAUVINON; CAROLINE FABREGUETTES; CLARA BOUCHE; DOROTHÉE ROMAND; SYLVIE CASSI; PR PATRICK VEXIAU

HÔPITAL SAINT-LOUIS SERVICE DE DIABÉTOLOGIE, PARIS

L'OMS prévoit que le nombre d'individus atteints de diabète va au moins doubler ces vingt prochaines années à l'échelon mondial. Or il est prouvé que la prévention du diabète de type 2 est possible grâce au contrôle du poids et à la pratique d'une activité physique régulière. La prévention faisant partie des missions de l'hôpital, des actions ciblées sur les populations à risque de diabète de type 2, et la mise au point de modèles éducatifs doivent s'y développer.

Nous avons souhaité évaluer la faisabilité de ce type d'actions au sein de notre établissement hospitalier. Une enquête réalisée auprès de femmes suivies dans le service pour un diabète gestationnel a permis d'affirmer leur besoin et leur motivation pour participer, à distance de l'accouchement, à des séances de groupe sur cette problématique.

Nous avons élaboré une journée d'éducation à la santé destinée aux personnes qui présentent un risque de développer un diabète de type 2 et des maladies cardiovasculaires.

Les objectifs d'apprentissage sont ciblés sur la capacité de la personne à auto-évaluer ses propres risques, à faire les liens entre ces risques et certains de leurs comportements et enfin à envisager les moyens à mettre en place pour les limiter. Cette journée est construite autour d'interventions pluridisciplinaires (médecin, infirmière, diététicienne, éducateur sportif), dont le contenu est réévalué en fonction des attentes et des besoins du groupe.

Nous avons réalisé 2 séances (10 participants au total) afin de tester la faisabilité du programme. Son bon déroulement et la satisfaction des participants, qui ont tous projeté des modifications possibles de certains de leurs comportements, nous encouragent à poursuivre ce programme. Cependant la pertinence de ce type d'actions est difficile à évaluer à long terme dans une population peu médicalisée. Ce défaut d'évaluation met en danger la pérennité de cette activité déjà peu valorisée par l'hôpital compte tenu du contexte médico-économique et de la volonté de développer la prévention au niveau des soins de premier recours. Cependant la mise au point de modèles éducatifs pourrait permettre de les appliquer dans d'autres structures ambulatoires comme les réseaux, les maisons du diabète ou en coopération avec les professionnels dans les associations de patients

CA-15. CONVERSATION MAP® (MAP) : EXEMPLE DE MISE EN PLACE D'UN OUTIL D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE À LARGE ÉCHELLE

HELEN MOSNIER-PUDAR¹, CATHERINE HERDT², DANIELLE DURAIN³,
SÉVERINE VINCENT⁴, MYRIAM ROSILIO⁵, VÉRONIQUE MOREL⁵,
GHISLAINE HOCHBERG⁶

1 HÔPITAL COCHIN - PARIS ; 2 CHU STRASBOURG ; CHU NANCY ; 4
MARSEILLE ; 5 LABORATOIRE LILLY ; 6 CENTRE HOSPITALIER SUD-FRANCIEN,
CORBELL-ESSONNES

Contexte : Conversation Map TM (MAP) est un outil éducatif qui vise à améliorer les connaissances des patients et favoriser l'interaction avec les soignants. Cet outil créé par Healthy Interactions, en collaboration avec la région Europe de la Fédération Internationale du Diabète, est mis à disposition par le laboratoire Eli Lilly. Conçus pour être utilisés dans de petits groupes de 3 à 10 patients, les MAP sont un visuel à poser sur la table qui propose des questions favorisant un dialogue entre diabétiques et les soignants.

Méthodologie : 217 soignants formés à l'utilisation des MAP de décembre 2008 à avril 2009 ont été contactés par téléphone. 50 (28 infirmiers, 14 diététiciens, 2 médecins, 6 autres professionnels de santé), soit 23%, ont accepté de répondre à un questionnaire de 15 questions. Les répondants sont à 92% des femmes, travaillent tous en milieu hospitalier, 56% ont une expérience de plus de 5 ans en éducation thérapeutique (ETP). En moyenne 59% de leur temps est dédié à l'ETP, en individuel ou en groupe (7 activités d'éducation par mois en moyenne). Résultats : Très bonne appréciation de la formation, avec des notes élevées (plus de 7 sur 10), seul l'item sur la capacité à utiliser l'outil reçoit une note plus faible à 6,3. Les MAP sont ludiques pour 60 % des répondants, mobilisent les patients (18%). L'outil est considéré comme modulable (12%) clair (10%). Les limites les plus souvent citées sont un manque de clarté (42%), l'appropriation difficile (21%). 84% des soignants déclarent avoir l'intention d'utiliser les MAP, mais seulement 48% l'ont déjà fait, en moyenne 5,8 fois (50% l'ont fait 1 à 2 fois). 3 fois sur 4 l'organisation et l'animation se font à 2. Soignants et patients sont satisfaits de l'utilisation des MAP (7,4 et 7,7 sur 10 respectivement). Des difficultés ont été rencontrées par 58% des soignants utilisateurs, principalement d'appropriation et d'animation. 52% des répondants n'ont pas utilisé les MAP par manque de temps (54 %) ou difficultés d'appropriation (19 %). 42 % des répondants désirent une formation complémentaire, 66 % à l'animation.

En conclusion : L'outil MAP est plutôt bien perçu par les soignants, une grande majorité se déclare prête à l'utiliser, mais une fois sur deux ils ne l'ont pas encore fait. Des formations complémentaires sont en cours, notamment sur l'animation de groupe.

CA-17. AMÉLIORATION DE L'HbA1c ET DE L'IMC CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 ADHÉRENTS À RÉSODIAB67

A. WERTENBERG¹, C. HERDT², M. PINGET¹, 2

1 RÉSODIAB67, 2 SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE HUS - STRASBOURG

Introduction : Résodiab67 est un réseau de prise en charge globale du diabétique de type 2 qui englobe à ce jour 600 patients et 430 professionnels de santé sur le Bas Rhin. Une des actions du réseau est d'apporter aux patients une information de qualité et bien adaptée pour l'aider à améliorer sa santé et sa qualité de vie. Dans cette optique, tous les patients bénéficient d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Le PPS est établi lors de l'entretien d'inclusion du patient, réalisé par l'infirmière du réseau. Il détermine le projet thérapeutique du patient, défini avec lui suivant ses besoins, ses priorités, son projet de vie et comprend les trajectoires d'éducation et de soins. Un comité scientifique, appelé comité médical, le rédige en se basant sur les données fournies lors du diagnostic éducatif par l'infirmière et lors du bilan annuel par le médecin traitant. Le bilan annuel est un examen clinique complet, une étude des éléments fournis par l'ensemble des acteurs du réseau : données cliniques, biologiques, notamment l'HbA1c et l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

Patients et méthode : L'étude porte sur le suivi, de l'inclusion du patient à l'année N+4 de l'HbA1c moyen et de l'IMC moyen, indicateurs relevés par le médecin traitant à chaque date anniversaire d'entrée dans le réseau de tous les patients adhérents de Résodiab67.

Résultats

Pour l'HbA1c: de l'inclusion à l'année N+4, l'HbA1c évolue de 7.4% à 7.28%.

Pour l'IMC: de l'inclusion à l'année N+4, l'IMC évolue de 31.68 kg/m² à 30.9kg/m².

Conclusion : Les 2 principaux indicateurs du suivi du patient diabétique de type 2, à savoir l'HbA1c et l'IMC sont améliorés chez les patients inclus au sein de Résodiab67 de leur inclusion à l'année N+4. D'après l'étude UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) qui porte sur 4000 patients diabétiques de type 2 nouvellement diagnostiqués suivis sur 12ans, ces indicateurs augmentent naturellement de façon significative sur 8 ans. Les patients du réseau ont, pour la majorité un diabète depuis 5 à 15ans. Ainsi, le temps d'adaptation des patients en découverte de diabète est un élément fondamental à prendre en compte dans la prise en charge de la pathologie.

CA-16. DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES ÉDUCATIVES CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES NAIFS HOSPITALISÉS AU CHU ST-PIERRE

DR N. GAHAM ; AURÉLIE POLIART

CHU ST-PIERRE, BRUXELLES

Le CHU St-Pierre a été retenu pour la mise en place d'un projet lancé par le Ministère de la Santé dont les objectifs sont de : mettre en place une éducation structurée de qualité pour les patients diabétiques connus et méconnus hospitalisés ; mettre en évidence des patients à risque ou pour lesquels une investigation est à faire ; garantir un suivi en post-hospitalisation.

Le CHU St-Pierre est un hôpital public ayant la particularité d'accueillir une population multiculturelle (138 nationalités) et diversifiée au point de vue psycho-socio-économique.

80% des patients hospitalisés sont diabétiques, dont 73 % non traités à l'insuline.

Aucune éducation structurée n'était prévue pour les patients diabétiques de type2 non traités à l'insuline ou ne s'étant jamais présentés dans un centre de diabétologie.

Le nombre d'hospitalisations des patients diabétiques augmente (notamment de par les complications).

Nous détectons ainsi les patients grâce aux listings-patients et aux résultats de glycémies provenant du laboratoire.

Nous sélectionnons les patients diabétiques de type 2 et/ou présentant un diabète déséquilibré ou nouvellement diagnostiqué, et/ou présentant une hyperglycémie temporaire due à une médication.

Les éducations sont individuelles (reprenant le diagnostic éducatif, l'éducation en « face à face » en plusieurs séances, une évaluation des compétences d'auto-gestion et d'adaptation du patient) ou de groupe.

Nous utilisons des brochures, DVD, CD-Rom, Conversation Map®, posters, dépliants,...

Nous avons également créé des outils de travail, des outils pédagogiques, et nous organisons des sessions de formation du personnel.

Sur 1117 patients bénéficiaires, nous en avons éduqué 265, avec un temps moyen d'éducation de 100 minutes par patient, l'écart allant de 45 minutes à 5h45.

Une première enquête de satisfaction a été réalisée sur un échantillon de 10 patients afin d'évaluer l'atteinte des objectifs : 80% d'entre eux ont modifié considérablement leurs habitudes de vie.

Une enquête de satisfaction sur une plus grande échelle doit être encore réalisée.

Des outils plus adaptés à notre population pluriculturelle sont en cours de préparation.

CA-18. UNE ETP DE VILLE RÉALISÉE EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE : L'EXEMPLE D'UNE MOBILISATION TERRITORIALE EN NORD-PAS DE CALAIS

BENOIT SAUGERON, CAROLINE DE PAUW

URMEL (UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL)
NORD-PAS DE CALAIS

Contexte : En partenariat avec des représentants des infirmiers, des podologues, des pharmaciens, des kinésithérapeutes et des diététiciens, l'URMEL a mis en place un projet novateur de formation et d'ateliers collectifs d'ETP en soins de 1er recours

Cette offre d'ETP en secteur libéral est déclinée à l'échelon local et adapté aux spécificités de chaque territoire afin de d'assurer une mobilisation forte des patients et des professionnels.

Méthode : Le projet se décline en 4 phases :

- Mobilisation des professionnels de santé et choix des zones d'intervention : les groupes à former ont été recrutés sur un secteur géographique limité afin qu'ils créent un réseau informel de professionnels libéraux en ETP dont pourront bénéficier leurs patients.
- Formation des professionnels de santé permettant d'appréhender les 4 étapes de l'ETP. Cette formation a été coordonnée par le CERFEP en lien avec les réseaux de santé locaux.
- Recrutement des patients par les médecins formés. Définition d'objectifs partagés par le patient et son médecin traitant.
- Animation, par les professionnels de santé formés, d'ateliers d'ETP de ville adaptés aux contraintes de l'exercice libéral. L'animation est réalisée par les professionnels de santé habituels des patients et sur leur lieu de vie.

L'animation de ces ateliers se fait en binôme par les professionnels de santé formés avec si besoin, une supervision d'expert en ETP.

Résultats : Au 01/11/10, 15 groupes, soit 195 professionnels de santé ont été formés et animent des ateliers.

Plus de 100 ateliers d'ETP de groupe ont été réalisés sur l'ensemble de la région et 262 patients y ont participé à ce jour. Les premiers résultats montrent que les ateliers rencontrent un franc succès auprès des professionnels de santé mais surtout des patients, qui se sentent pris en charge, écoutés. Une dynamique locale a été créée sur chaque territoire concernée.

Discussion : Par sa modélisation, l'URMEL démontre qu'une ETP ambulatoire libérale est possible, en complémentarité de l'action déjà réalisée par les réseaux et les établissements de santé, si on tient compte des spécificités propres à chaque territoire. L'URMEL permet de fédérer les professionnels de santé concernés et espère pouvoir poursuivre cette action au sein des URPS afin que les libéraux soient les porteurs de projets d'ETP les concernant.

CA-19. EDUCATION AMBULATOIRE SOUS LA FORME DE DEUX JOURNÉES À L'INSULINOTHÉRAPIE FONCTIONNELLE.

SMAGALA A*, NICOLLET C**, GERSON M*

SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE, HÔPITAUX CIVILS DE COLMAR

Nous avons mis en place, en février 2010, une éducation à l'insulinothérapie fonctionnelle sous la forme de deux journées d'hospitalisation de jour, à deux mois d'intervalle, destinées à des groupes de 4 ou 5 patients diabétiques de type 1. Les intervenants sont les suivants: un médecin diabétologue, une infirmière d'éducation et une diététicienne du service. Ces deux journées sont couplées avec des consultations externes avec un diabétologue référent. Le nombre de consultations (deux à trois) correspond aux besoins individuels des patients. Leur but est d'affiner les calculs des ratios insuline-glucides pour chaque repas sur la base d'un journal alimentaire du patient et de d'analyser la journée de jeûne. L'épreuve de jeûne s'effectue en ambulatoire entre deux journées d'hospitalisation de jour. Un médecin diabétologue est joignable au téléphone 24h/24 pendant l'épreuve pour répondre aux questions des patients.

Le choix de ce format minimaliste par rapport à la pratique d'autres équipes a été dicté par le contexte financier actuel. Une nouvelle activité doit apporter des ressources nouvelles par l'intermédiaire de la T2A pour se voir dotée de moyens supplémentaires et une nouvelle activité d'éducation ne rapporte pas ; elle ne peut donc se mettre en place qu'en « rognant » sur les activités déjà en place.

Néanmoins, ce parcours éducatif est très apprécié par les patients, dans leur majorité actifs professionnellement et avec une vie de famille prenante.

Nous présentons le bilan d'une année de cette activité d'éducation thérapeutique : déroulement des journées, typologie des patients, outils d'éducation utilisés, évolution entre les deux journées et premières données d'évaluation.

CA-20. EVALUATION DE LA CONSULTATION PAR MÉDICALE EN TÉLÉMÉDECINE CHEZ LE DIABÉTIQUES DE TYPE 1

STEVE MOUNIER, HELOISE LAROYE, ODETTE BOSCUS, FABIENNE ENGUEHARD, ELODIE DE CRUZEL, GUILLAUME CHARENTIER, LYDIE CANIPEL.

CERITD, CENTRE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE POUR L'INTENSIFICATION DU TRAITEMENT DU DIABÈTE, CORBEIL ESSONNES

Dans un contexte de réforme de notre système de santé, la télémédecine reste un acte médical. Par délégation encadrée (télé expertise) certains actes pourront être assurés par l'infirmier. Le plan d'éducation personnalisé électronique (ePEP) encadre, structure, évalue la prise en charge paramédicale. Il se structure en 2 temps : la visite d'initiation et le suivi par télémédecine (téléconsultation de 1er niveau, télésurveillance et téléassistance). Le discours se structure autour d'une analyse de la situation, puis d'une évaluation par le patient de son niveau de connaissance et/ ou de l'appropriation de sa maladie, et de l'outil. Il se termine par la mise en place de 2 objectifs pédagogiques identifiés par lui-même et la prise de rendez vous de suivi.

Nous menons depuis 2009 une étude préalable ouverte, montrant chez des patients munis du logiciel Diabeo chargé dans un smartphone une diminution de 0,51% de l'HbA1c. Elle démontre l'efficacité du ePEP et justifie aujourd'hui de la mise en place d'une étude multicentrique sur 100 patients diabétiques de type 1, répartis aléatoirement dans deux groupes. Les patients du groupe 1 bénéficieront de consultations téléphoniques médicales bimensuelles et les patients du groupe 2 seront suivis de manière rapprochée par consultations téléphoniques paramédicales selon le ePEP. Les critères d'évaluation de cette étude porteront sur l'état métabolique (diminution ou maintien de l'HbA1c sans risque accru d'hypoglycémies), la satisfaction des médecins et infirmiers télémédecine, la qualité de vie des patients, l'évaluation socio-économique.

Repenser nos circuits de soins, ne pas résister au changement et redéfinir les rôles de chacun au bénéfice du patient, sont les maîtres mots si nous voulons que tous les diabétiques de type 1 bénéficient demain d'une amélioration de leur HbA1c grâce à un suivi électronique simple qui gomme la distance, et rompe le silence !

CA-21. POMPE À INSULINE EN HAD CHEZ DES PATIENTS EN DIFFICULTÉS

C.ARMESSEN, F.LAGARDE, N.HERNANDEZ, A.CIOFU, H.KOUSSA, C. GILET ET TOUTE L'ÉQUIPE DE L'HAD DE MONTARGIS

SERVICE MÉDECINE A DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTARGIS, LE RÉSEAU LOIRESTDIAB ET L'HAD DE MONTARGIS

Un constat: échec de la prise en charge du diabète malgré un traitement optimal chez des patients multi-complicqués et ayant une autonomie limitée. Proposition: mise en place de pompe à insuline externe avec l'HAD ?

Voici les résultats sur une période d'un an: 15 patients ont bénéficié de l'HAD pour leur pompe à insuline 13 de type 2 - 2 de type 1. 2 patients ont été appareillés à l'hôpital puis relais rapide au domicile, les autres directement au domicile. Résultats sur 14 patients car un patient a été désappareillé rapidement car non-compliance au traitement, mésusage du matériel pas de contrôles glycémiques.

Le but était: • D'éviter une hospitalisation conventionnelle
• D'avoir une surveillance 24h/24 grâce à l'HAD
• De former les infirmiers libéraux à la pompe
• D'autonomiser le patient
• Pour les patients dysautonomes de bénéficier d'une insulinothérapie continue avec l'assistance de leur infirmier libéral.
• D'améliorer l'équilibre du diabète.
• D'établir un lien entre les infirmiers libéraux et le diabétologue référent

Age des patients: 4 patients: entre 40 et 55ans - 7 patients: entre 56 et 65 ans - 4 patients: entre 65 et 80 ans

Mode de prise en charge: 8 patients: éducation à la pompe - 6 patients: en plus pansement, prise en charge de la douleur

Durée de séjour: Durée moyenne (éducation à la pompe):20 jours (15-27) - Durée moyenne (plus prise en charge associée): 20,5 jours (20-22)

Durée longue car: Nécessité de former les infirmiers libéraux et de les accompagner ; D'apprécier la faisabilité de cette prise en charge : adhésion du patient, compliance au traitement, ... ; D'adapter sur prescription du diabétologue les débits (contacts téléphoniques quotidiens, voir pluriquotidiens) ; De repérer les incidents ; D'assurer la continuité des soins, en faisant le lien entre infirmier libéral et réseau.

Evolution de l'HbA1c sur 3 mois

La moyenne des HbA1c au début de la prise en charge était de 10,19% (8,1%- 13,4%)

A 3 mois la moyenne est passée à 7,46% (6,4% - 9%). Tous les patients ont diminué leur HbA1c sauf un (identique). La diminution a été en moyenne de 3,03 (1,2-5,1)

Coût moyen du séjour: Pour 20 jours en HAD, si l'on considère uniquement l'éducation à la pompe sur une personne autonome pour les actes de la vie quotidienne, le coût journalier s'élève à 75 euros.

L'HAD n'a pas rencontré de difficultés particulières. 3 patients ont souhaité interrompre le dispositif car trop contraignant

CA-22. L'ÉDUCATION DU PATIENT ATHÉROMATEUX

ISABELLE HUET ET CHRISTINE JEGOU

SERVICE DIABÉTOLOGIE - CH SAINT-BRIEUC

Le centre hospitalier de Saint-Brieuc ne proposait pas de séquence éducative aux patients entrant dans la maladie athéromateuse. L'expérience nous a montré qu'un patient acteur de sa maladie en ralentit l'évolution par le contrôle de ses facteurs de risques. Le projet était donc d'organiser de façon transversale des journées de prévention secondaire sur les risques cardio-vasculaires afin d'optimiser et d'harmoniser la prise en charge du patient.

Cette éducation thérapeutique (ETP) est divisée en trois temps forts :

*Le premier temps a lieu lors d'une hospitalisation ou d'une consultation durant laquelle le médecin évalue les facteurs de risques (FDR). L'infirmière réalise le diagnostic éducatif et définit avec le patient ses objectifs.

* Lors du deuxième temps, à 3 mois, des séances d'éducation collectives sont proposées au patient. Elles ont pour objectifs la compréhension de la maladie, la connaissance et le contrôle des FDR par le patient. Elles sont construites sur le même principe (notions générales, mise en situation et planification personnalisée). Les séances abordent le cholestérol, la diététique, la surveillance glycémique, le tabac, l'hypertension artérielle, la sédentarité et le stress. Un repas pédagogique est pris au self. Après chaque séance le patient est amené à compléter son carnet de route qui l'aidera à surveiller l'évolution de sa maladie à long terme.

* A la fin de la session le patient note ses objectifs, les changements qu'il va entreprendre et dans quel délai. Il sera revu en consultation avec une infirmière et une diététicienne.

* Le troisième temps est assuré par le médecin traitant et le réseau.

74 patients en 2009 ont participé à ces journées et 95 patients de janvier à juin 2010.

Une évaluation ponctuelle a été réalisée 3 mois après ce programme éducatif. 46 objectifs avaient été fixés par 20 patients évalués (30 objectifs ont été atteints, 2 sont en cours de réalisation, 4 ne sont pas atteints, 20 sont atteints sans avoir été fixés au départ et 8 nouveaux objectifs sont fixés). En conclusion, ces 2 journées de prévention secondaire sur les risques cardio-vasculaires permettent : d'aider le patient et ses proches à comprendre sa maladie et son traitement, de maintenir ou améliorer sa qualité de vie, de devenir responsable de sa santé grâce à la coopération entre le patient et l'équipe soignante pluridisciplinaire.

CA-23. LES PERSONNES DIABÉTIQUES DE TYPE 1 : PERCEPTION DES RECOMMANDATIONS DONNÉES POUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE ET DE LA CAPACITÉ À LES METTRE EN ŒUVRE

H MOSNIER-PUDAR¹, A GAUTIER², G CHARPENTIER³, C DRUET⁴, A FAGOT-CAMPAGNA⁴, C FOURNIER²

1. HÔPITAL COCHIN - PARIS ; 2. INPES - SAINT DENIS; 3. HÔPITAL SUD FRANCLILIEN - CORBEIL ESSONNE ; 4. INVS - SAINT MAURICE

L'étude ENTRED 2007-2010 vise à décrire l'état de santé, la qualité des soins, la qualité de vie et les besoins éducatifs des personnes diabétiques en France.

En 2007, parmi un échantillon aléatoire de 8 926 personnes diabétiques traitées (bases Cnamts et RSI), 4 226 personnes, dont 273 personnes diabétiques de type 1 (DT1) ont complété un auto-questionnaire postal de 24 questions sur l'information et la démarche éducative. Les réponses ont été pondérées en fonction des modalités d'échantillonnage et des caractéristiques des non-répondants.

L'âge moyen des DT1 est de 42 ans, 62 % ont moins de 45 ans. La durée moyenne du diabète est de 17 ans. Le taux moyen de l'hémoglobine glyquée A1c (HbA1c) est de 7,9 %, 38 % ont un taux supérieur à 8 %.

80% des DT1 se disent bien informées sur leur maladie, 40 % ont bénéficié d'une démarche éducative dans l'année précédente et 83 % ont déjà reçu des conseils alimentaires par écrit. 84 % estiment les recommandations reçues pour le traitement comme acceptables, même si 53 % les estiment gênantes. Les DT1 se sentent capables de gérer, seules ou avec l'aide de leur entourage, le traitement du diabète (96%), la surveillance (92 %) et l'alimentation (88 %). Par contre, 20 % estiment ne pas être vraiment ou pas du tout capables d'adapter leur activité physique. Dans les 12 derniers mois, 28 % ont modifié des habitudes quotidiennes pour leur santé, une fois sur deux dans le domaine de l'alimentation. 46 % de ceux qui n'ont rien changé estiment ne pas avoir à le faire. Seuls 49 % voient l'avenir avec confiance.

Cette étude montre que les DT1 se considèrent plutôt bien informées sur la maladie diabétique. Leur sentiment de capacité à mettre en œuvre les recommandations pour leur diabète est élevé pour tous les domaines de la prise en charge au quotidien. Ceci explique probablement le faible nombre de patients ayant mis en place un changement dans leurs habitudes de vie au cours des 12 mois précédant l'étude. Malgré cela, presque 40 % gardent un taux d'HbA1c supérieur à 8 % et plus de la moitié des personnes voient l'avenir avec inquiétude. Ces patients devraient probablement bénéficier, en priorité, d'un renforcement éducatif.

CA-25. EN QUOI LES REPRÉSENTATIONS DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS INFLUENT SUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS AU PÔLE DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION DU PATIENT?

CLAUDINE TROCHET: DIÉTÉTICIENNE

CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE

Le pôle de prévention et d'éducation du patient à visée cardio-vasculaire est une structure hospitalière, ouverte sur la ville, créée il y a 10 ans, qui reçoit des patients, en lien avec leurs MG et spécialistes pour une prise en charge et un accompagnement en équipe. Une fiche d'adressage est souvent utilisée par les correspondants, mais nous avons observé que bon nombre de demandes de prise en charge par les médecins restaient sans suite. Cette problématique a été la base de notre mémoire, réalisé dans le cadre d'un DIU d'ETP en 2008.

Phase d'observation

Nous avons exploré les représentations des médecins adresses libéraux mais aussi des équipes hospitalières sur le PPEP et l'ETP par des entretiens et avons envoyé un questionnaire anonyme aux patients suivis afin de connaître leur ressenti sur leur prise en charge au pôle.

Conclusion : les infirmiers hospitaliers connaissent la structure mais ne savent pas expliquer ce que l'on propose aux patients et donc ne la conseillent pas.

Les MG interrogés n'ont pas reçu de formation en ETP mais paradoxalement disent tous la pratiquer en consultation. D'autres évoquent un manque de temps.

Les patients suivis au pôle expliquent être venus pour une aide diététique mais apprécient la prise en charge globale (écoute et accompagnement personnalisé).

Phase d'exploration

Nous avons rencontré des MG non-adresseurs afin d'explorer leurs représentations sur l'ETP, la façon dont ils la pratiquent et leur conception de l'accompagnement du patient et contacté des patients non venus pour étudier leurs représentations sur la maladie et la relation soignant-soigné.

Conclusion

Des contradictions :

Les médecins disent écouter leurs patients et leur donner des informations mais un patient sur deux nous dit ne pas en avoir reçu suffisamment sur sa maladie, donc les messages ne sont pas toujours entendus ou compris par les patients.

Les généralistes disent conseiller le PPEP à leurs patients mais en général l'information est plutôt donnée par leurs spécialistes.

Malgré une communication régulière auprès des professionnels de santé, l'ETP est encore mal connue, souvent confondue avec l'information et demande donc à être réexpliquée régulièrement, pour être réellement intégrée aux soins. Elle nécessite donc une formation spécifique et une collaboration interdisciplinaire.

CA-24. LES PERSONNES DIABÉTIQUES DE TYPE 2 : PERCEPTION DES RECOMMANDATIONS DONNÉES POUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE ET DE LA CAPACITÉ À LES METTRE EN ŒUVRE

H MOSNIER-PUDAR¹, A GAUTIER², G CHARPENTIER³, C DRUET⁴, A FAGOT-CAMPAGNA⁴, C FOURNIER²

1. HÔPITAL COCHIN - PARIS ; 2. INPES - SAINT DENIS; 3. HÔPITAL SUD FRANCLILIEN - CORBEIL ; 4. INVS - SAINT MAURICE

L'étude ENTRED 2007-2010 vise à décrire l'état de santé, la qualité des soins, la qualité de vie et les besoins éducatifs des personnes diabétiques en France.

En 2007, parmi un échantillon aléatoire de 8 926 personnes diabétiques traitées (bases Cnamts et RSI), 4 226 personnes, dont 3847 personnes diabétiques de type 2 (DT2) ont complété un auto-questionnaire postal de 24 questions sur l'information et la démarche éducative. Les réponses ont été pondérées en fonction des modalités d'échantillonnage et des caractéristiques des non-répondants.

L'âge moyen des DT2 est de 66 ans, 25 % ont 75 ans et plus. La durée moyenne du diabète est de 11 ans. 80 % sont en surpoids ou obèses (IMC moyen: 30 kg/m²). Le taux moyen de l'hémoglobine glyquée A1c est de 7,1 %, 15 % ont un taux supérieur à 8 %.

80% des DT2 se disent bien informées sur leur maladie, 17 % déclarent avoir bénéficié d'une démarche éducative dans l'année précédente, mais 43 % ne répondent pas à cette question. Seulement 60 % ont déjà reçu des conseils alimentaires par écrit. 85 % estiment les recommandations reçues pour le traitement comme acceptables, même si 35 % les estiment gênantes. Les DT2 se sentent capables de gérer, seuls ou avec l'aide de leur entourage le traitement du diabète (94%) (médicaments ou insulinothérapie), la surveillance (90 % pour les 78 % qui ont un lecteur glycémique) et l'alimentation (77 %). 22 % estiment ne pas être vraiment ou pas du tout capables d'adapter leur activité physique, et surtout 10 % déclarent ne pas avoir à le faire. 26 % disent avoir modifié des habitudes quotidiennes pour leur santé dans les 12 derniers mois, majoritairement dans le domaine de l'alimentation (79%). 45 % de ceux qui n'ont rien changé estiment ne pas avoir à le faire. 69 % voient l'avenir avec confiance.

Cette étude montre que les DT2 se considèrent plutôt bien informés sur la maladie diabétique. Malgré tout, l'information reçue dans les domaines de la diététique et surtout de l'activité physique semble insuffisante, et le sentiment des patients d'être capable de mettre en œuvre les recommandations reste améliorable. Un effort particulier, doit être fait dans ces domaines.

CA-26. COMMENT LA FORMATION ET LA DYNAMIQUE D'UNE ÉQUIPE SOIGNANTE AUTOUR DU THÈME ACTIVITÉ PHYSIQUE PERMETTENT D'INITIALISER UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ DES DT2

C.VIGERAL¹, C. BERNÉ¹, J.GRIGNON², F. LE CREN², M.C. DAVID¹, A. LOUVEL-RIGOIR¹, L.ÉTCHEVERY¹, G. BUFFET¹, E. LARGER¹, F. ELGRABLY¹

1- SERVICE DE DIABÉTOLOGIE, HÔTEL-DIEU DE PARIS ; 2- FÉDÉRATION FRANÇAISE EPMM SPORTS POUR TOUS

OBJECTIF : Sensibiliser à la réduction de la sédentarité et au développement de l'activité physique des patients DT2 au cours d'une hospitalisation

PATIENTS ET METHODE : Il s'agit d'une étude de faisabilité.

A. Les Moyens développés :

1. Formation de l'équipe soignante
2. Programme quotidien proposé aux patients, autour du thème activité physique, impliquant chaque membre de l'équipe: infirmier, aide-soignant, diététicien, médecin, kinésithérapeute
3. Présence d'un « expert sport » et sélection de quelques patients pour le programme DiabetAction (programme canadien en cours d'implantation et d'évaluation en France)
4. Séance de synthèse en fin de semaine réunissant l'équipe et « l'expert sport ».

B. Population concernée : 42 DT2, âgés de 60 +/- 10 (m+/-DS), 45% Femmes, diabétiques depuis 15 +/- 9 ans, IMC 33,5 +/- 5,5, HbA1c de 8,5 +/- 1,8%, présentent dans le % de cas suivant une rétinopathie (32%), une HTA (78%), une hypercholestérolémie (73%), un tabagisme (10%), une apnée du sommeil (43%).

Il s'agit d'une population inactives : score moyen d'activité (Ricci et Gagnon) 14 +/-7 et sédentaire (temps moyen de sédentarité : 6h +/-4)

RESULTATS :

1. Les patients ont tous participé avec enthousiasme à ce programme, et ont découvert la possibilité de « bouger » avec plaisir.
2. Huit patients volontaires ont été sélectionnés pour suivre la « passerelle » PASS club », objectif initial
3. Les patients sélectionnés ne différaient en aucun point des autres patients

CONCLUSION :

1. cette étude de faisabilité a été un succès et nous conduit à développer une étude prospective à long terme qui sera évaluée.
2. La dynamique la cohérence et la cohésion de l'équipe soignante ont été renforcées autour de ce thème que chacun s'est approprié.

CA-27. Co-CONSTRUCTION SOIGNANTS/SOIGNÉS D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE: ÉVALUATION D'IMPACT AUPRÈS DES PARTICIPANTS DU GROUPE

KUBIAK CYNTHIA; CARRE CLÉMENT; MOREL PATRICIA; MAJ CLAUDINE; FOULON CLAIRE

ASSOCIATION PRÉVENTION ARTOIS - RÉSEAU DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE PREVART

La structuration d'un programme d'éducation du patient suppose que les professionnels impliqués et la population concernée œuvrent ensemble à la construction du contenu du programme. La révision d'un programme d'éducation du patient en activité physique adaptée, au sein du réseau de santé cardiovasculaire Prévert, a conduit à l'évaluation de l'impact de cette co-construction sur les pratiques des participants.

Suite à une collaboration menée durant 2 mois, 3 professionnels de santé et 3 usagers ont participé à ce travail d'évaluation d'impact. Durant 2 heures, le groupe a été réuni afin de construire, à partir des changements perçus, un diagramme de l'impact, également appelé, diagramme causes/effets.

Cette méthode a permis de dégager 8 effets directs de la collaboration soignants/soignés et 21 effets indirects portant sur l'individu, sa relation à l'autre et ses pratiques.

Le diagramme de l'impact est un outil d'analyse relationnelle performant qui permet, à moindre coût (temps et matériel), par une méthode simple, d'obtenir une première évaluation d'impact d'un travail de co-construction soignants/soignés, effectuée dans le cadre de la structuration d'un programme d'éducation du patient.

CA-28. VÉCU DU PASSAGE À L'INSULINE DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 ÂGÉS DE PLUS DE 65 ANS

S. MALVAUX, M. BÉRAUD, T. CRÉA, P. CUNY

HÔPITAL BEAUREGARD CHR METZ-THONVILLE

Plus de la moitié des diabétiques sont âgés de plus de 65 ans. Nous avons étudié le ressenti du passage à un traitement injectable par insuline pour cette tranche d'âge.

Méthodes. - Envoi d'un questionnaire à 1600 diabétiques de type 2 de plus de 65 ans par le biais d'une association de patients.

Résultats. - Quarante-quatre patients ont répondu (42 % de femmes, 56 % d'hommes). La durée moyenne d'évolution de leur diabète était de 13,24 ans. Dans 60 % des cas, l'instauration du traitement par insuline se fait en hospitalisation. Les craintes portent d'abord dans 30 % des cas sur la peur des hypoglycémies, puis les craintes du produit insuline et les changements dans la vie quotidienne viennent à égalité (15 % des patients). La peur des injections n'apparaît qu'en 4e position, avec la crainte d'erreur concernant la modulation des doses d'insuline (29 % des cas). Vingt-huit pour cent des personnes sont soulagées de l'existence d'un traitement adapté et 76 % comprennent son importance. Soixante-dix-huit pour cent conservent les mêmes activités après l'introduction d'une insulinothérapie. Ils constatent une évolution positive de leur qualité de vie dans 80 % des cas. Malgré tout, 45 % conservent un a priori à majorer les doses d'insuline et/ou le nombre d'injections avec pour plus de la moitié d'entre eux, un sentiment d'aggravation de la maladie.

Conclusion. - Il est important d'informer tôt les patients de cette tranche d'âge d'une éventuelle insulinothérapie. Nous attendons des études comparatives avec d'autres types de traitement injectables.

CA-29. ABSTRACT 171. LA MESURE CONTINUE DU GLUCOSE (MCG) UTILISÉE DE FAÇON AUTONOME, PAR DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 1 EN TRAITEMENT INTENSIFIÉ, AMÉLIORE AUSSI EFFICACEMENT L'ÉQUILIBRE

A PENFORNIS¹, C CLERGEOT¹, V MELKI², L DUFAITRE³, G CHARPENTIER¹⁶, L CHAILLOUS⁴, A FARRET⁵, A SOLA⁶, S GUILLEMIN-CREPON⁷, V SULMONT⁸, R RADERMECKER⁹, C THIVOLET¹⁰, B CATARGI¹¹, L MEYER¹², PY BENHAMOU

UNIVERSITÉS ET CHU DE 1BESANÇON, 2TOULOUSE, 3MARSEILLE, 4NANTES, 5MONTPELLIER, 6PARIS HÔTEL-DIEU, 7PARIS ROBERT DEBRÉ, 8REIMS, 9LIÈGE, 10LYON, 11BORDEAUX, 12STRASBOURG, 13GRENOBLE, 14NANCY, %

Introduction : La MCG améliore l'équilibre glycémique des patients diabétiques de type 1 (DT1) dans des études de 3 à 6 mois. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de deux modalités d'utilisation prolongée de la MCG sur l'équilibre glycémique.

Patients et Méthodes

Étude d'un an, multicentrique, randomisée en ouvert et en 3 bras, chez 178 patients DT1 en traitement intensifié par injections multiples ou pompe et mal équilibrés (HbA1c > 8%). Deux modalités d'utilisation de la MCG (Freestyle Navigator, Abbott) (G1 : utilisation ad libitum par le patient en fonction de sa perception des besoins, G2 : utilisation sur prescription par le diabétologue graduée en fonction des résultats) sont comparées à l'utilisation de l'autosurveillance glycémique conventionnelle (G3 : contrôle). Le critère principal de jugement est la variation d'HbA1c entre le début et la fin de l'étude.

Résultats L'HbA1c s'améliore de façon similaire dans les 2 groupes intervention et de façon significative par rapport au groupe contrôle (G1 vs G3 : -0,52%, p = 0,0006, G2 vs G3 : - 0,47%, p = 0,0008, G1+G2 vs G3 : -0,50%, p < 0,0001). La fréquence des hypoglycémies n'est pas augmentée dans G1 et G2 par rapport à G3. La variabilité glycémique, évaluée par l'écart-type des glycémies, est significativement réduite dans G1 et G2 comparés à G3 (G1+G2 vs G3 : -11,9 mg/dl, p = 0,01). Le temps de port du capteur est significativement corrélé à l'amélioration de l'HbA1c (p = 0,05). L'amélioration de l'HbA1c est plus prononcée chez les patients sous pompe (G1+2 vs G3 : -0,67%) que sous multi-injections (G1+2 vs G3 : -0,23%) et chez les patients répondant correctement aux 6 items d'évaluation de l'utilisation optimale des capteurs (47,6% des patients) (-0,71 @ 81%) que chez ceux n'y répondant pas (=0,30 @ 81%).

Conclusions : La MCG au long cours, utilisée de façon autonome par le patient en fonction de sa perception des besoins, est associée à une amélioration du contrôle glycémique aussi bonne que lorsque la MCG est prescrite par le diabétologue, chez des patients DT1 sous traitement intensifié. Cette amélioration est d'autant plus prononcée que le patient sait utiliser le capteur de manière optimale. Le temps de port du capteur est également déterminant dans ce résultat.

CA-30

KHOULOU BENJEDDOU ANNABI¹, MAGALIE BAUDRANT-BOGA^{1,2}, SARAH TALAVERA¹, MARION LEPELLEY¹, ROSELINE MAZET¹, LAURENCE BOUILLET³, BENOÎT ALLENET^{1, 2}

CHU DE GRENOBLE ET UJF

Objectif : La corticothérapie au long cours est fréquemment utilisée lors de maladies chroniques. Or son efficacité est souvent associée à la survenue d'effets indésirables. La perception de cette corticothérapie, les réactions et les attentes des patients sont différentes de celles des soignants. Une analyse de besoins des patients a donc été envisagée afin d'élaborer des outils éducatifs adaptés.

Méthode : Des entretiens semi-structurés ont été menés, au sein des services de médecine interne, rhumatologie et hépato-gastro-entérologie du CHU de Grenoble entre Novembre 2009 et Mai 2010, auprès de patients traités par corticoïdes depuis plus d'un mois, soit en initiation d'une corticothérapie supérieure à un mois. Puis une analyse thématique du discours a été réalisée. **Résultats :** Vingt cinq patients ont été inclus : 18 femmes, 7 hommes, âgés de 18 à 81 ans ; âge médian de 57 ans, traités le plus souvent par prednisone per os. Les pathologies traitées par corticoïdes sont principalement des maladies systémiques (polyarthrite rhumatoïde, vascularite, sarcoïdose...). Les thèmes les plus fréquents sont : effets indésirables, régime alimentaire, modalités du traitement, arrêt du traitement, indications et mécanisme d'action des corticoïdes. Les effets indésirables ressentis et évoqués par les patients sont : rétention d'eau, stimulation de l'appétit, douleurs gastriques, prise de poids et effets indésirables dermatologiques. Les patients en initiation de traitement ont peu d'informations sur les corticoïdes et semblent ignorer la durée et les modalités de prise. Vingt-trois patients expriment un besoin d'informations concernant essentiellement les effets indésirables, le régime alimentaire, les indications des corticoïdes et leurs mécanismes d'action.

Conclusion : Ces entretiens ont montré le désir des patients de partager leurs expériences avec les soignants et leurs besoins d'obtenir des réponses à leurs préoccupations par rapport aux corticoïdes. Les thématiques identifiées vont permettre de construire des outils éducatifs adaptés afin que les soignants répondent au mieux attentes des patients.

CA-31. G HOCHBERG DISCUSSION AUTOUR DU PORT DE LA POMPE : UTILISATION D'UN IMAGIER

G HOCHBERG¹, AMLEGUERRIER², P SCHAEPELYNCK BÉLICAR³, F LORENZINI⁴ ; NOWAK⁵ ; TATBOUET⁶, B CATARGI⁷, B LORMEAU⁸, D ANDRIEU⁹.

1 HÔPITAL SUD FRANCIEN - CORBELL ESSONNE ; 2 CHU - RENNES ; 3 CHU - MARSEILLE ; 4 CHU - TOULOUSE ; 5 CHG - THIONVILLE ; 6 CHG - SAINT NAZAIRE ; 7 CHU - BORDEAUX ; 8 HÔPITAL JEAN VERDIER - BONDY 9 ORKYN

Dans notre travail nous avons souhaité répondre à 2 objectifs : faciliter le dialogue avec les patients autour de leur vécu du port de la pompe à insuline et recueillir les échanges sur un document simple de synthèse. A cet effet, deux outils ont été créés : un imagier et une fiche de synthèse

Après une présentation initiale, 8 soignants volontaires ont testé la faisabilité de l'utilisation de ces outils dans 3 circonstances : visite de suivi, bilan annuel ou refus de la pompe. Des infirmiers prestataires ont également participé au moment de la mise sous pompe ou d'une visite de suivi.

Un questionnaire (faisabilité et satisfaction) patient et soignant, a été également rempli à chaque fois. Toutes les réponses ont été centralisées.

67 réponses complètes ont pu être analysées sur une période test de 3 mois. L'utilisation de ces outils a eu lieu en consultation (40%), en hospitalisation (33 %) et à domicile (27 %) à l'occasion d'une mise sous pompe (58%), d'un suivi (21%), ou d'un refus de la pompe (21%).

90% des patients étaient des patients diabétiques de type 1 (HbA1c à 8.1%), d'âge moyen 42 ans, sans complication pour 60%, durée moyenne du diabète : 18 ans.

Les soignants (87%) et les patients (64%) déclarent que l'imagier est simple d'utilisation, il facilite le dialogue entre soignants (89%) et patients (82%). 49% des soignants ont abordé de nouveaux sujets avec le patient, seulement 34% des patients le pensent. Les principales thématiques abordées sont la vie intime (rapports sexuels) 16% ; l'éducation, (apprentissage, technologie) : 12% ; les difficultés psychologiques (solitude, confiance, culpabilité) : 6%. 92% des soignants trouvent l'usage de cet imagier intéressant pour leur pratique. La durée moyenne d'échange autour des images est de 12 minutes, en moyenne 3 images (sur 18) sont choisies par le patient.

Pour la fiche de synthèse, 98% des soignants la trouvent simple d'utilisation, intéressante pour leur pratique (94%).

L'imagier apparaît donc simple et rapide d'utilisation, il facilite les échanges entre soignants et patients, il peut permettre d'aborder de nouveaux sujets. Les soignants « testeurs » apprécient, souhaitent en disposer en routine. La fiche de synthèse est simple à utiliser et permet de garder dans le dossier du patient des traces des échanges, de suivre leur évolution.

CA-33. MESURE DES EFFETS D'UNE FORMATION À L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

CATHERINE TOURETTE-TURGIS (1), MARIE-DENYSE BOIVIN (2), MÉLANIE TOCQUEVILLE (1), LENNIZE PEREIRA-PAULO(3), ISABELLE TÉTAR (4), CHRISTINE LEMAIRE (5), MARYLINE RÉBILLON (3).

(1) UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE, (2) UNIVERSITÉ LAVAL, QUÉBEC, (3) COMMENT DIRE (PARIS), (4) RÉSEAU DIABÈTE OBÉSITÉ MÉTROPOLE LILLOISE, (5) RÉSEAU PRÉVART

Objectifs et méthodes

Une action de formation à l'entretien motivationnel (EM) assortie d'un volet évaluation a été réalisée auprès de 29 professionnels de deux réseaux Diabète/Obésité : RDO (Lille), PREVART (Béthune). Il s'agissait de doter les professionnels en compétences à conduire des EM et aussi à mesurer l'acquisition de ces compétences en utilisant un outil dont les qualités psychométriques étaient reconnues et dont le mode de codage laissait le moins de place possible à l'arbitraire. Nous avons donc utilisé le MITI, version 3,0, validée en français.

Résultats

La formation apparaît avoir favorisé une amélioration des compétences des soignants sur deux des sept indicateurs évalués : la moyenne du score d'Esprit Global de l'EM a varié de 3,0 à 3,6 entre les deux temps de mesure ($t = 3,50, p < .01$). La moyenne du score composite Reflets vs Questions a augmenté de 0,6 à 1,0 au cours de la même période ($t = 3,79, p < .01$). Ainsi, on peut affirmer que les soignants ayant participé à cette étude ont fait des gains en formulant davantage de reflets que de questions dans leurs entretiens au T2. Ils ont aussi amélioré leurs compétences en encourageant davantage le soutien, l'autonomie, en permettant aux patients une meilleure évocation de leurs problèmes et en favorisant une meilleure collaboration de ces derniers dans le processus de changement. La proportion de questions ouvertes de même que les reflets complexes n'ont pour leur part pas changé significativement entre les deux temps de mesure, résultats non surprenants chez des professionnels débutants dans la pratique de l'EM.

Discussion

La seconde mesure a eu lieu en moyenne 4 semaines après la formation et non immédiatement après cette dernière, ce qui donne déjà une certaine indication du maintien des compétences développées au fil des semaines. Cette première étude est suivie par une deuxième phase de renforcement des compétences qui elle aussi donnera lieu à une évaluation et à d'autres mesures.

Conclusion Ce type de recherche sur les effets d'une formation, relativement rare, mérite d'être développé pour documenter l'évolution des pratiques. Il démontre la faisabilité de la conduite de recherches dans des conditions de la vie réelle des professionnels et en décrit aussi les difficultés rencontrées. Les résultats des autres étapes de la recherche documenteront les leviers et les difficultés d'intégration de l'EM dans la pratique.

CA-32. ETUDE CHEZ L'ENSEMBLE DES PATIENTS DU NORD-PAS-DE-CALAIS SUR L'INDICATION ET LE RETRAIT DES POMPES À INSULINE SOUS-CUTANÉES

POUSSIN AGATHE (1), FERMON C.(2), LEONARD F. (3), STUCKENS C. (4) INFIRMIERS(5) ET PRESTATAIRES (6) DU GROUPE DELF POMPE RÉGIONAL DU NORD PAS-DE-CALAIS

1BOULOGNE-SUR-MER, 2ROUBAIX, 3 ARRAS, 4 CHRU LILLE, 5 CH BÉTHUNE, CALAIS, DOUAI, SAINT-OMER, VALENCIENNES, 6 ASDIA (BASTIDE, DINNOSANTÉ, GÉNÉRIMED, LOCAPHARM, LVL, NESTLÉ, ORKYN, SANTÉLYS, VITALAIR)

Les indications de la mise sous pompe à insuline a d'abord été précisée dans les textes officiels lors de la reconnaissance du TIPS, peu à peu ces indications ont été élargies (confort, type 2...) Nous sommes parfois confrontés à la demande du retrait de la part des patients ou à la nécessité d'un retrait au point de vue des soignants et nous avons désiré rechercher quels étaient les éléments initiaux pouvant prédire cette situation.

Entre janvier 2009 et juin 2010, les prestataires pompe de la Région Nord - Pas-de-Calais ont remis à tous leurs nouveaux patients un questionnaire sur l'indication de la mise sous pompe et les attentes de ce traitement. Sur la même période, un autre questionnaire était remis chez les patients pour lesquels était effectué un retrait de pompe. Ces deux questionnaires ont été créés par le groupe régional DELF pompe qui travaille depuis 2000 avec l'ensemble des intervenants de la Région. Sur une file active de 2111 patients pour 10 prestataires, 292 mises sous pompe ont été effectuées (85.9% questionnaires remplis) et 159 retraits (90.6% questionnaires remplis). les résultats ont été communiqués lors de la réunion régionale DELF pompe le 21 octobre 2010 à Lille et sont repris ici. En conclusion, l'indication de ce type de traitement paraît en général bien posée et les motifs de retraits sont liés en majorité au désir du patient par lassitude du traitement, sans élément prédictif mis en évidence lors de cette étude, ou lors d'une indication transitoire.

CA-34. PLACE DU PHARMACIEN DANS L'EDUCATION DES PATIENTS DIABETIQUES

MAGALI RAMIN*, BÉATRICE ROCHE**, IGOR TAVERON***, BRIGITTE VENNAT*

UNIVERSITÉ D'Auvergne - UFR PHARMACIE, CHU -CLERMONT FERRAND

INTRODUCTION : Le diabète est une pathologie dont la prise en charge pluridisciplinaire reste complexe. Il persiste une inadéquation entre les recommandations et l'alliance thérapeutique du patient. L'analyse a pour objectif d'évaluer les connaissances des patients sur le traitement et le suivi de la maladie et d'apprécier leurs difficultés au quotidien dans la gestion de la maladie.

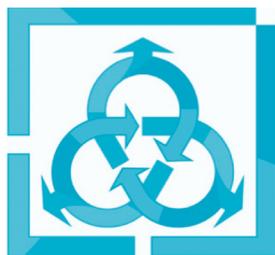
MATERIEL et METHODES : L'enquête a été réalisée en mars 2009 dans 93 pharmacies des 4 départements de la région Auvergne. Un questionnaire, anonyme et semi-dirigé, a été posé par des étudiants de la Faculté de Pharmacie de Clermont-Ferrand, lors d'un stage en officine. 262 patients diabétiques, de type 1 (DT1) et 2 (DT2), ont été inclus. Les DT2 sous diététique seule ont

RESULTATS

- Population : Sexe ratio H/F : 1.22, âge moyen : 62 ans (+/- 15), IMC moyen : 29 kg/m² (+/- 6), DT2 : 81%, DT1 : 19%. 64% sont sous antidiabétiques oraux (ADO), et 55% sont sous Insuline.
- 23% des patients sous ADO ne connaissent pas le nom de leur médicament, 72% des patients ne connaissent aucune contre-indication, 40% des patients ne connaissent aucune précaution d'emploi. 1/3 des patients ne savent pas ce que représente l'HbA1C.
- Technique de l'autosurveillance : incorrecte chez 72% des patients.
- Les injections sont une contrainte pour 44% des patients sous insuline, la prise de médicaments pour 26% des patients sous ADO, et les automesures glycémiques, la diététique, la pratique d'une activité physique pour respectivement plus de 50%, 24% et 40% des patients.
- 1/3 des patients oublient leurs ADO surtout lors d'un changement de contexte de vie et un peu moins de 50% des patients n'ont pas de pilulier ou de plan de prise (pas de corrélation significative entre l'oubli et l'absence de plan de prise).
- Un patient sur 5 estime ne pas avoir reçu une explication assez compréhensible de la part des soignants, 75% des patients souhaitent plus d'information, 25% des patients sont gênés dans leurs relations à cause du diabète.

CONCLUSION

Les résultats soulignent de nombreuses difficultés des patients dans la connaissance et la gestion de leur maladie. Depuis la loi HPST, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) entre dans les missions du pharmacien. En officine, ce professionnel formé à l'ETP pourrait grâce à une approche personnalisée mieux appréhender et gérer les difficultés d'adhésion thérapeutique.



Diabète Éducation de Langue Française

SECTION FRANCOPHONE DE DIABETES EDUCATION STUDY GROUP

COTISATION POUR L'ANNEE 2011 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 : DNID (diab. type 2),

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

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

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

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

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

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

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

trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCEMIANT-DÉRIVÉ DE L'URÉE. DIAMICRON 30 mg possède un hétérocycle azoté qui le différencie des autres sulfamides. Prop. métaboliques : DIAMICRON 30 mg

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

microthrombose. Prop. pharmacocin. : après l'adm., les conc. plasmat. de gliclazide augmentent progressivement jusqu'à la 6^e h puis évoluent en plateau entre la 6^e et la 12^e h. La prise unique

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

AMM 354 184-8 - 30 cp : 9,73 € ; CTJ : 0,32 € à 1,30 €, AMM 354 186-0 - 60 cp : 17,98 € ; CTJ : 0,30 € à 1,20 €, AMM 354 188-3 - 100 cp (mod. hosp.), AMM 372 261-0 - 180 cp : 52,21 € ;

CTJ : 0,29 € à 1,16 €. Info. complète, cf. VIDAL Info. méd. : Servier Médical - Tél. : 01 55 72 60 00 - Les Laboratoires Servier - 22, rue Garnier - 92578 Neuilly sur Seine Cedex.

