

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française



PROPOS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ET DE LA FORMATION DES SOIGNANTS!

otre congrès cette année va décliner différentes facettes des interventions en éducation thérapeutique tant sur le plan international que sur le plan 🌃 national Tout d'abord, approches et recommandations internationales dans la prise en charge des maladies chroniques et la place de l'ETP (éducation thérapeutique du patient) vont être présentées avec des exemples dans différents pays, notamment en Europe . Puis, sur le plan national, vont être décrites des actions développées en ETP tant en individuel qu'en groupe, en ambulatoire en médecine de ville ou à l'hôpital, dans les réseaux de soins, par les mutuelles. Des soignants de discipline et profession très variées mais complémentaires sont de plus plus en souvent impliqués interviennent... Ces actions, en plein essor actuellement, se développent à grande échelle dans les spécialités impliquées dans la prise en charge des maladies chroniques dans le domaine de la diabétologie mais aussi dans d'autres spécialités comme la cardiologie ou la cancérologie, la pneumologie...

éducation thérapeutique du patient est reconnue actuellement comme essentielle dans la prise en charge des maladies chroniques. Compte tenu de sa place sans cesse grandissante se pose actuellement la question de la formation des soignants impliqués de plus en plus nombreux, quelle que soit la profession l'ETP n'a pas de place suffisamment importante dans le cursus des diverses études, elle est parfois abordée comme dans les études infirmières mais jamais suffisamment développée. Les études sont encore trop souvent centrées sur la maladie et ses soins spécifiques et insuffisamment sur le « patient ». Il est important que dans les réformes futures des enseignements, cette dimension soit prise en compte et déclinée dans ses différentes facettes pour permettre à tous les soi-

gnants une prise de conscience de l'importance de l'ETP.

🖍 es demandes de formation se Multiplient émanant de soignants de disciplines variées dans de nombreuses spécialités différentes : la diabétologie, la la cancérologie, pneumologie, cardiologie, la médecine générale...

'état des lieux actuel de la formation en ETP des intervenants montre que les soignants se sont formés soit seuls grâce à la nécessité dans leurs activités (beaucoup d'autodidactes) soit en participant à des formations très différentes et de niveaux très variables : formation de formateurs, diplôme d'université de ETP, DESS à la faculté, master, formations plus ou moins longues selon les cursus allant de quelques heures (initiation) à plusieurs dizaines d'heures (à la faculté), chacun en fonction de la formation qu'il connaissait, de ses possibilités professionnelles et du temps qu'il pouvait y consacrer.

evant une demande sans cesse crois-💟 sante, des formations se sont multipliées et sont proposées en France ou à l'étranger à tous. Peut être serait il intéressant de prendre du recul et de réfléchir à une hiérarchisation de ces formations et à essayer de définir un parcours du soignant désirant une qualification en ETP, il semble évident qu'une même formation ne peut correspondre à un soignant souhaitant s'initier à ETP et à un soignant déjà investi depuis parfois plusieurs années et ayant déjà participé à des formations de base.

insi une réflexion approfondie est nécessaire pour proposer différentes formations à ETP. Initiation ou découverte de ETP destinée aux non spécialistes et à ceux qui souhaitent découvrir ETP : formation basique, formation continue en ETP de façon réqulière avec une rythmicité à définir qui aborderait et approndirait certains

thèmes spécifiquement et enfin une formation de formateurs plus lourde destinée aux soignants qui souhaitent mettre en place des programmes et aider à la formation de leurs équipes ou de soignants souhaitant être formés. Trois niveaux de lourdeur différente destinés à des soignants et des objectifs variés peuvent être distingués, les 2 premiers niveaux pourraient se réaliser en quelques jours éventuellement répétés sur



Éditorial **Ghislaine Hochberg**

Tendances internationales en organisation des soins dans les maladies chroniques P. 3 Dr. R. Bengoa

Résumé d'une revue concernant les approches et les expériences de l'éducation du patient chronique dans différents pays P. 4 Karin Lörvall

Pédagogie de groupe ou individuelle P. 6 **Anne Lacroix - Genève**

L'éducation thérapeutique en 4 dimensions pour changer de comportement P. 9 Alain Golay, Grégoire Lagger et André Giordan

Recherche en soins primaires. L'éducation thérapeutique des patients diabétiques vue par les médecins généralistes P. 12 Olivier BOURIT, Eric DRAHI **Carine Layat**

l'année alors que la formation de formateurs se déclinerait de facon plus institutionnelle avec délivrance d'un diplôme. Par ailleurs ces formations s'adresseraient à des soignants ayant déjà le pré requis nécessaire en connaissances dans leur activité et spécialité. Encore trop souvent, information, connaissances et ETP sont confondues; en fait ce sont des étapes différentes de la formation d'un soignant spécialisé qui sont nécessaires mais parallèles... Par ailleurs, la mise en place d'un programme d' ETP nécessite l'investissement d'une équipe et non pas d'un soignant isolé; on ne saurait trop recommander la participation de plusieurs membres multi professionnels d'une équipe à une même formation pour réfléchir ensemble à la déclinaison ou à la construction d'un programme réalisable dans leur unité ou lieu professionnel d'exercice en fonction de leurs spécifités propres, le partage de la découverte de ETP est une expérience

enrichissante et il sera important au retour de diffuser les messages au restant de l'équipe ou aux soignants avec qui ils ont l'habitude de collaborer tant en libéral qu' à l'hôpital ou dans les réseaux de soins... Les formations n'apportent pas des solutions toutes faites aux situations difficiles mais donnent des pistes pour y réfléchir et essayer de trouver dans chaque équipe ou groupe de professionnels d'élaborer des solutions propres dans leurs modalités individuelles d'exercice. Elles s'adressent aussi bien aux libéraux qu'aux professionnels hospitaliers, à tous ceux qui considèrent que la prise en charge du patient et de ses particularités est tout aussi importante que la prise en charge de la maladie elle-même qui bien évidemment ne doit pas être négligée.

ches de la réalité des soins et de la pratique quotidienne de chacun afin de pouvoir être développées au retour. En dehors de ces enseignements, il peut être utile d'avoir des formations complémentaires sur site de façon à faire un diagnostic des besoins plus spécifiques de chacun dans son univers de travail avec ses spécificités et contraintes propres afin ensuite de les aider à développer des actions adaptées à mettre en place localement. Le suivi de ces nouvelles actions et leur évaluation sera également à programmer.

organisation de la formation des soignants en ETP est un vaste chantier qui nécessite une réflexion puis une optimisation des moyens mis en place pour pouvoir en faire bénéficier un nombre maximum de soignants impliqués à des niveaux très différents mais ayant tous un rôle essentiel et complémentaire dans la prise en charge du patient.

Ghislaine Hochberg Diabétologue - Hôpital Sud Francilien Présidente du DELF



diabete-education.org

Depuis novembre 2006 le site du DELF est maintenant en ligne. Son adresse

www.diabete-education.org

Ses objectifs:

- Faire circuler l'information concernant la vie du DELF : congrès, formations, réunions ;
- → Partager l'expérience des équipes travaillant en éducation thérapeutique grâce à la mise à disposition d'outils d'éducation validés dans différents domaines ;
- Permettre de le formation continue par la mise en ligne du journal en libre accès, hormis l'année en cours, des communications des intervenants du congrès Santé Education;
- Avoir accès à des liens utiles vers des sites consacrés à la diabétologie et à l'éducation thérapeutique ;
- → Permettre la soumission des résumés et l'inscription au congrès Santé Education ;
- Mettre à disposition les dossiers pour les bourses du DELF.

Nous vous invitons à venir nombreux visiter le site, à l'enrichir par vos commentaires et vos suggestions

H Mosnier-Pudar

Pour le bureau du DELF

LE BUREAU DU DELF OCTOBRE 2006

PRÉSIDENT: Ghislaine Hochberg

(Paris)

VICE-PRÉSIDENT: Fabrice Lagarde (Montargis)

SECRÉTAIRE Anne Marie Leguerrier

GÉNÉRALE: (Rennes)

SECR. GÉNÉRAL

ADJOINT: Michel Gerson (Havre)

TRÉSORIER : Séverine Vincent

(Marcq en Baroeul)

TRÉSORIER Leroyer Marie Louise ADJOINT: (Fontenay en Parisis)

Présidents • D'Honneur : •

Fabienne ELGRABLY

Serge HALIMI

• Jean Louis GRENIER

Paul VALENSI

RESPONSABLE DU JOURNAL DIABÈTE EDUCATION:

Guillaume CHARPENTIER (Hôpital Gilles de Corbeil,

Corbeil Essonnes)

Responsable des groupes régionaux :

Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud. Rennes)

Tendances internationales en organisation des soins Dr. R. Bengoa.¹ dans les maladies chroniques

ESADE. Espagne.

- · L'épidémie des maladies chroniques est déterminée para d'énormes forces dues à la globalisation
- La plupart des malades ont plus qu'une maladie chronique parfois même 4 ou 5 maladies.
- Cette épidémie est déjà le problème principal de nos systèmes de santé.
- Les systèmes d'aujourd'hui ne sont pas compatibles avec une bonne gestion des maladies chroniques. Il sont toujours centrés sur la gestion des épisodes aigues.
- Les interventions de renforcement de la qualité et de la sécurité des patients se concentrent sur la médecine aigue.
- Il est nécessaire de travailler d'une façon globale et organisée a travers des intervention sur tout le continuum des soins. (prévention primaires : prévention secondaire, gestion de la maladie) Le défi est de pouvoir avoir une vison et une

- intervention de système là ou il y a aujourd'hui une fragmentation des interventions.
- Une intervention clé sur ce continuum sera l'éducation des patients organisée selon des approches nouvelles et financée par le système de remboursement.
- Beaucoup de pays ont commencé à faire la migration progressive vers un système plus performant pour la gestion des maladies chroniques. C'est un effort a moyen terme de politique de santé. Dans d'autres pays la migration n'a pas commencé.
- La professions cliniques ont commencé à faire ces changements. Il est nécessaire maintenant de faire le changement au niveau des politiques de santé pour accompagner les changements au niveau des prestataires.
- De nouveaux modèles qui construisent un

- environment politiques et techniques pour ces changements sont de plus en plus nombreux et les résultats sont fort encourageants.
- La notion clé est l'organisation des soins d'une façon plus proactive en stratifiant la population selon des risques et en organisant une prestation dirigée a la prévention et la meilleur gestion des malades.
- Entre autres interventions, ces modèles reposent sur la mise en marche de programmes de renforcement de l'éducation des patients.
- · Les résultats sont non seulement positifs mais les mêmes modèles semblent être opérationnelles dans des systèmes de santé bien différents.

¹Ex directeur des Systèmes et Politiques de Santé . OMS

REVUE CONCERNANT RESUME D'UNE **LES** ET APPROCHES LES **EXPERIENCES** L'EDUCATION DU PATIENT CHRONIQUE DANS **DIFFERENTS PAYS**

Karin Lörvall Hopital de la Tour Meyrin, Genève, Suisse

1 - L'OBJECTIF DE CETTE REVUE

e nos jours les patients chroniques, c'est à dire, plus correctement des personnes souffrant des maladies chroniques prennent généralement contact avec le système de soins lorsqu'ils se trouvent en phase aigu de la maladie ou pour un rendez-vous de contrôle chez leur médecin. Les patients souffrant de maladies chroniques, à l'opposé de ceux souffrant de maux aigus, doivent faire de nombreux choix en rapport avec leur condition au quotidien, après avoir idéalement compris et accepté la chronicité de leur maladie dont ils devront être les acteurs principaux. Afin de compréhension, permettre cette l'acceptation de la maladie et devenir acteur principal de celle-ci, les patients nécessitent une éducation appropriée. L'éducation devient donc une partie intégrale de leur traitement au même titre que les autres thérapies.

our le patient, le succès de la gestion de 💹 la maladie chronique va grandement dépendre du self-management, l'auto-gestion, de sa maladie dans le contexte de vie du patient. Pour aboutir à une bonne auto-gestion, il s'avère important pour le patient d'être accompagné, ainsi qu'une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée dans l'éducation du patient. L'adhésion au traitement reste indispensable pour éviter des complications importantes. Dans un monde ou l'attention et les investissements pour la médecine aiguë sont prioritaires, l'éducation du patient a été créée pour rencontrer les besoins des patients chroniques toujours plus nombreux, par des soignants, dans différentes structures et dans différents pays.

epuis plus de 30 ans, on voit apparaître, se développer et s'étendre à tous les niveaux des soins, des activités d'éducation du patient. Ce mouvement a pris des voies et des formes différentes selon les pays, les systèmes et les politiques de santé. Il présente aussi, avec des décalages de temps, des similitudes susceptibles d'aider à comprendre cette évolution et à échanger des expériences.

ne comparaison entre les différentes approches et expériences concernant l'éducation du patient, n'est à ce jour pas existante.

ette revue cherche a explorer ce qui existe, quelles sont les approches structurées utilisées, sur quel courant de pensée se base-t-on et quelles expériences sont vécues dans différents établissements.



2 - A QUI S'ADRESSE L'EDUCATION DU PATIENT

L'éducation du patient s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soins et à leur entourage. Elle est intégrée aux soins et est mise en oeuvre par les différents professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital. Elle vise à assumer au quotidien la maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale, à gérer le traitement, à prévenir les complications et les rechutes. Elle concerne également les personnes qui présentent certains facteurs de risques.

3 - LA DEFINITION DE L'EDUCATION DU PATIENT / L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini trois point importants :

- a « Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie.
- b L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux.
- C L'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. »

De nombreuses formulations existent pour parler de ces activités éducatives :

- éducation thérapeutique,
- éducation thérapeutique du patient,
- éducation pour la santé du patient,
- éducation du patient notamment.

Nous avons choisi d'utiliser « l'éducation du patient » qui est aussi plus facilement traduit dans d'autres langues, comme p.ex. en anglais « patient education ».

4 - LES PREUVES DE L'EDUCATION DU PATIENT

Aujourd'hui il n'est plus à démontrer que; l'éducation du patient améliore les résultats de santé par :

- une meilleure interprétation et prise en charge des symptômes,
- une diminution de l'anxiété, la douleur et des nivaux de dépression,
- une diminution de décompensations nécessitant une hospitalisation.

La liste des preuves d'efficacité d'éducation du patient se rallonge et s'élargie. Des évidences récentes par Prof. Julie Barlow (Angleterre) a montré que les bénéficies de l'éducation du patient incluent une diminution de la sévérité des symptômes, une diminution significative de la douleur, une amélioration de la qualité de vie.

5 - L'EDUCATION DU PATIENT, LES EXPERIENCES PAR PAYS

AUX ETATS UNIS

L' approche la plus fréquemment utilisée est celle développée à l' université de Stanford par le Prof. Kate Lorig. Le programme est aussi connu comme le programme d' auto gestion (selfmanagement) pour les maladies chroniques, le Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP). Cette évidence scientifique est reflétée par l'importance croissante que le niveau politique donne a cette intervention. Effectivement cette intervention est aujourd'hui explicite dans de nombreux pays comme politique nationale et considérée comme une intervention clé et innovatrice pour les systèmes de santé. (Angleterre, Nouvelle Zélande, Australie, Danemark)

Cette approche repose sur différentes theories d'éducation de patient : health belief model, social cognitive theory, theory of reasoned action/planned behaviour, transtheoretical model of behaviour, proceed – precede model.

L' approche de CDSMP consiste a mettre en place :

- un protocole structuré de formation
- des groupes dirigés par des 'pairs' (des personnes avec une maladie chronique)
- des matériaux validés pour les participants de cette formation
- des essais randomisés pour évaluer
 l' efficacité de cette intervention et les résultats à long terme.

Les trois caractéristiques de ce model d'éducation pour et par les patients sont :

- travailler sur les conséquences d' une maladie pour l'individu; non seulement sur la physiologie de la maladie.
- se pencher sur les capacités à résoudre des problèmes , à prendre des décisions, et au renforcement de la confiance du patient de changer (auto-efficience), ainsi que sur l'adhérence au traitement médicamenteux.
- établir un vrai partenariat entre le patient et les professionnels de la santé.

Cette approche a été mise en place dans de nombreux établissements de santé dans lesquels les différences culturelles des patients sont importantes. Internationalement cette approche a été adoptée dans 11 pays.

L'université de Stanford offre des programmes de formations dirigés aux patients et aux professionnels. Tout ces projets sont soumis a une logique de recherche d'essais randomisés car Stanford ne met en oeuvre que des programmes qui ont été évalué pour leur efficacité.

Le but de tout leurs programmes est le renforcement de la santé physique et psychique des participants.

EN ANGLETERRE

Le programme "Le patient est l'expert " est le projet national et l'approche est suivi au sein du système nationale de santé. Ce programme est conçu dans le contexte d'une série de politiques de santé visant a renforcer le rôle du patient dans le système de santé.

Ce programme promet plus d' opportunités aux personnes souffrant d' une maladie chronique en leur permettant de mieux gérer leur vie. Il est basé sur la recherche qui confirme que les personnes qui vivent avec une maladies chronique sont les mieux placées pour gérer leur maladies. Le système de santé doit appuyer en leur offrant les capacités par un programme organisé d' éducation pour qu' ils puissent travailler d' une façon plus constructive avec leurs soignants. Ce programme est très influencé par le programme de Stanford, USA, mais les approches et les matériaux ont été adaptés au contexte anglais.

EN AUSTRALIE

L'approche principale est basée sur le renforcement de l'auto gestion de la maladie (Self management). Le programme s'appelle génériquement "Partenariat en Santé."

Il suit les mêmes principes que ceux qui sont mentionnés plus haut - l'appui structuré et organisé à une meilleure auto-ges-



tion de la maladie par le malade car l'évidence indique que c' est efficace pour changer les comportements et les résultats en santé. Les théories d'apprentissage social et celles du comportement sont la base théorique.

Le « Partenariat en santé » développe un processus de formation structurée en plusieurs étapes et d'une durée de 12 semaines. Le processus inclut le développement d'un plan auto-gestion avec le patient, un support continue avec un "coordinateur de service " qui exerce un rôle de mentor et de coach pour le patient ce qui permet d'identifier des objectifs à court terme. Le patient se compromet formellement a suivre cette démarche.

Les évaluations premières de ce projet permettent de confirmer :

- que la capacité d' auto gestion est modulée par la malade mais aussi par les capacités personnelles du malade de même que par celles les professionnels de la santé.
- la capacité d' auto gestion du patient doit être évaluée avant d' offrir des interventions au patient.
- tous les consommateurs n 'ont pas besoin de ce genre d' appui et ceux qui réponde positivement le font à travers une batterie de méthodes d'apprentissage.
- parfois en groupe, parfois en individuel.

EN FRANCE

L'éducation du patient existe sur le plan national d'éducation pour la santé depuis février 2001. Elle inclus différentes pathologies chroniques qui sont, pour la plupart, pris en charge par groupe de pathologie.

L'un des enjeux de l'éducation du patient chronique est de rendre le patient acteur de sa santé. Pour cela, la démarche éducative, qui associe le patient comme partenaire actif, cherche à trouver, avec lui, des solutions aux obstacles qu'il rencontre, notamment aux difficultés d'ordre psychologique et social. Ces difficultés peuvent être notamment liées à cinq facteurs principaux :

- Les représentations de la santé et de la maladie
- Le processus d'acceptation de la maladie
- Les croyances concernant la santé
- Le "lieu de contrôle" de la santé
- La motivation au changement

Des formations post-graduées existe dans plusieurs centres et universités.

EN SUISSE

En générale, en Suisse, on peut constater

que l'approche principale souligne que l'éducation du patient est une partie intégrale du traitement et se nomme donc l'éducation thérapeutique du patient chronique. Cette approche fut mise en place par le Professeur J-Ph Assal. Elle tient compte des connaissances, des émotions et des croyances du patient. Son but est de transmettre des connaissances, des compétences et motiver le patient à comportements. changer ses professionnel de la santé ont pour but d'évaluer les besoins, le vécu, les compétences. l'efficacité et l'autopatient. L'éducation efficience du thérapeutique aborde trois dimensions principales qui sont les dimensions affective, cognitive et meta-cognitive. Une grande variété de techniques pédagogiques sont proposées. L'Art est proposé comme une méthode d'expression pour le patient pour l'aider à comprendre ses besoins et devenir un acteur dans la gestion de sa maladie.

Depuis 1998 il existe une formation postgraduée, équivalent à un masters, ainsi qu'un certificat universitaire. Des cours dans les Alpes pendant les week-end sont aussi organisés. Il existe une bonne collaboration entre les expériences en France, en Suisse-Romande et en Belgique.

EN NORVÈGE

L'éducation du patient chronique en Norvège existe dans une manière structurée dans 37 différents centres du sud au nord du pays avec une idéologie et des objectifs communs.

Les groupes de patients sont décloisonnés, c'est à dire, différentes pathologies chroniques sont ensemble dans le même groupe d'éducation du patient.

Des équipes pluridisciplinaires issues des soins somatiques et psychiatriques ont suivi une formation post-graduée bien établie et entièrement reconnue par le département de santé ainsi que par le département social depuis 1997. Par contre, il ne s'agit pas d'une coordination nationale de développement et recherche.

Depuis 2000, il existe une compétence de spécialistes en éducation du patient. En 2004, a pris forme un réseau de 27 centres qui est construit sur la base des associations de patients et les professionnels de la santé. Ils collaborent quand il s'agit, à la fois, de porter en avant les besoins des patients et leurs proches et ils évaluent constamment l'éducation du patient en restant toutefois centré sur le patient et ses besoins. En 2006 cette approche, adaptée au besoin du pays, a reçue un prix.

AU DANEMARK

Avant d'accepter l'approche de CDSMP, les danois ont étudié ce model en Norvège et en Angleterre. Ils ont pu constater des différences dans la manière dont celui-ci est organisé et utilisé, d'après les besoins dans chacun de ces pays. Aujourd'hui le CDSMP a pu être adapté au contexte danois et il est établi avec succès au Danemark. Cette approche est un des outils utilisé par le département de santé public pour atteindre les personnes souffrant de maladies chroniques.

EN SUÈDE

L'éducation du patient se fait sur le plan régional en Suède, d'après différentes approches qui sont déjà développées ailleurs comme le CDSMP et le « Patient Learning Center in Boston USA », ou d'autres approches crées en Suède suite aux besoins des patients et de la recherche. Peu importe les expériences, la collaboration avec des associations de patients reste un fil rouge. Des centres de compétences pour l'éducation du patient se développent malgré un manque d'implication nationale. Suite à une demande entre la Norvège, le Danemark et la Suède concernant des échanges de CDSMP, en 2005 un réseau de communication a été développé et subventionné.

EN ITALIE

Une approche milanaise, Educazione Strutturata Terapeutica (EST) soulève plusieurs points importants dont l'implication d'associations de patients ainsi qu'une grande importance d'une collaboration avec les médecins de famille. lа création d'une banque données informatisée et accessible par l'équipe pluridisciplinaire a été mise en place concernant l'éducation thérapeutique du patient diabétique. Le but aujourd'hui serait d'exporter ce modèle à d'autres pathologies.

A CUBA

L'approche cubaine, qui est une approche nationale, « El programa nacional d' educacion en diabetes » s'adresse pour le moment aux patients qui souffrent du diabète. Il y a des structures bien organisées avec des équipes pluridisciplinaires

L'accompagnement du patient dans la maladie joue un rôle primordial, malgré des cours théoriques, chaque occasion de soin est prise pour éduquer. Il existe une bonne collaboration avec les associations de patients.

On cherche à s'étendre à d'autres maladies chroniques.



D'AUTRES PAYS

Plus d'information est attendue pour la revue finale, de l'Espagne, du Portugal, du Canada et de la Belgique.

LES OBSERVATIONS PRELIMINAIRES

AU NIVEAU DU PATIENT

La tendance à faire participer le patient, à prendre un rôle actif, dans son traitement, de sa vie avec la maladie est de plus en plus répandue. Les associations des patients commencent à utiliser l'éducation du patient comme une des nouvelles plateformes pour donner plus de 'voix et de pouvoir d'action aux patients.

L'éducation du patient n'est pas encore une partie intégrante du traitement dans la plupart des structures étudiées.

Les patients se retrouvent avec une quantité importante de savoir sur la maladie et comment vivre au jour le jour avec leur maladie, mais ne se sentent pas toujours accompagnés, compris, et en sécurité pour le mettre en pratique. Cela veut aussi dire que leur auto-efficacité n'est pas assez forte pour s'auto-gérer.

AU NIVEAU DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Ce qui ressort de cette revue, est que l'initiative, de l'éducation du patient, vient globalement des professionnels de santé ou ceux-ci s'engagent dans de nouvelles approches.

Souvent il y a un manque d'appuis par les autorités sanitaires mais certains pays (p.ex. l'Angleterre) soutiennent politiquement l' initiative.

Généralement la formation de base des professionnels de la santé n'aborde pas, ou que peu, l'éducation du patient.

Il existe toute fois quelques formations post-graduées de plus en plus répandues.

Les professionnels de santé travaillant avec des patients souffrant des maladies chroniques sont souvent peu valorisés par leur hiérarchie par rapport à leurs collègues dans les soins aigus.

LES ÉVIDENCES / PREUVES DE L'ÉDUCATION DU PATIENT ET LA POLITIQUE DE SANTÉ

Des recherches montrent clairement pourquoi l'éducation du patient est nécessaire et comment elle doit se réaliser. Malgré cela, il s'avère que l'éducation du patient n'est pas mise en pratique sérieusement dans beaucoup de pays.

Il y a de nombreux obstacles à la mise en pratique et ceux-ci sur différents niveaux c'est à dire sur le plan politique, financier/assurances, organisationnel, professionnels de la santé, médecine communautaire ainsi qu'au niveau du patient.

Dans la plus part des expériences concernant l'éducation du patient, celles-ci se présentent dans un contexte de soins aigus et non chronique malgré que l'éducation du patient exige une organisation et une prise en charge spécifique à la maladie chronique.

Dans quelques pays, l'éducation du patient fait partie d'un éventail d'interventions complémentaires visant à intégrer les soins, à mieux gérer les maladies chroniques et à donner un rôle plus important aux patients.

Certains pays (p.ex. l'Angleterre, la France, le Danemark et la Nouvelle-zélande) soutiennent politiquement cette initiative.

Néanmoins, dans la plupart des pays l'éducation du patient ne fait pas partie des politiques de santé. Dans ces pays, plutôt limitative, ce sont des professionnel de santé qui s'engagent sur cette voie.

LES RÉSEAUX

Il s'avère nécessaire de renforcer le réseau international dans le but de partager et de se pencher sur les meilleures expériences et des recherches autours de l'éducation du patient.

On peut constater qu'il existe donc une collaboration nordique, une collaboration francophone ainsi qu'une collaboration anglophone séparées. Il paraît primordial de les regrouper et ainsi créer un réseau international pour chercher des synergies.

La totalité du texte de cette revue sera disponible en février 2007. Celui-ci sera mis à jour régulièrement sur le WEB. Au fur et à mesure des nouvelles expériences partagées, celles-ci seront incluses dans le rapport motivant un élargissement du réseau international.

Anne Lacroix - Genève

PÉDAGOGIE DE GROUPE OU INDIVIDUELLE

Enseigner, ce n'est ni inculquer, ni Transmettre, c'est faire apprendre.

Olivier Reboul - Le langage de l'éducation

orsqu'on interroge les soignants afin de savoir comment ils envisagent de former des patients à leur propre prise en charge, les infirmières, les diététiciennes, les kinésithérapeutes se prononcent généralement en faveur d'un enseignement individuel. Ce choix témoigne de leur préférence pour la relation personnelle, estimant que le principal avantage est de pouvoir s'adapter au profil du patient. Les médecins en pratique privée ont obligatoirement affaire à des patients en

colloque singulier. Les praticiens hospitaliers, dans la mesure où ils participent à des programmes de formation de patients, se voient plus volontiers en position magistrale face à un auditoire à instruire. En observant la réalité des pratiques, il s'avère que les infirmières et autres paramédicaux sont plus nombreux que les médecins à être impliqués dans des tâches d'enseignement. Et si la formation en groupe est aujourd'hui largement pratiquée, c'est avant tout pour des raisons de faisabilité liées

à des problèmes de temps et de disponibilité. Lors de séminaires rassemblant une centaine de soignants (médecins, infirmières, diététiciennes) impliqués dans la formation de patients chroniques, nous leur avons demandé, selon leur expérience, quels avantages et quels inconvénients ils attribuaient aux pratiques individuelles ou en groupe.

tableaux, les résultats des opinions exprimées par ces soignants.



ENSEIGNEMENT INDIVIDUEL

AVANTAGES

Personnalisation Relation privilégiée

Possibilité de cerner les besoins spécifiques du patient

Respect du rythme du patient Meilleur contact

Meilleure connaissance du patient Permet d'aborder le vécu du patient

INCONVÉNIENTS

Pas de confrontation avec d'autres patients
Absence de dynamique de groupe
Risque d'enseignement peu structuré
Prend trop de temps
Risque d'emprise du soignant sur le patient
Risque d'incompatibilité avec un patient difficile
Lassitude due à la répétition

ENSEIGNEMENT EN GROUPE

AVANTAGES

Echanges d'expériences entre patients
Emulation, interactions
Convivialité
Confrontations de points de vue
Gain de temps
Stimulation des apprentissages
Apprentissages expérientiels par « situations problèmes »

INCONVÉNIENTS

Risque d'enseignement impositif (vertical)

Difficulté de faire participer les Patients

Patients trop hétérogènes

Inhibition des patients à s'exprimer

Horaires fixes des cours

Difficulté d'accorder de l'attention à chacun

Difficultés à gérer un groupe

es avis émis par ces soignants recoupent les résultats de recherches portant sur les méthodes individuelles et groupales montrant qu'elles comportent chacune des avantages et des inconvénients. Les enseignements individuels exigent du temps et peuvent comporter un risque d'emprise du soignant sur le patient. En revanche, une relation proche permet d'aborder les problèmes particuliers du patient. La formation en groupe évite de répéter plusieurs fois les mêmes messages mais nécessite d'utiliser des méthodes interactives afin de permettre à chacun d'effectuer les apprentissages nécessaires. On reconnaît aujourd'hui les avantages qu'offrent les situations de groupe qui permettent la stimulation et la confrontation de points de vue. Tout apprentissage significatif ne s'opère que par rapport à des savoirs antérieurs, à des conceptions préalables. Les recherches en didactique insistent sur la nécessité de provoquer des conflits cognitifs à la fois inter et intra personnels. Par ailleurs, les nombreuses expériences en psychologie sociale portant sur les changements de comportements montrent les bénéfices liés aux petits groupes où les participants peuvent s'exprimer, donner leur point de vue. Il s'avère qu'il est plus facile pour les individus de modifier leurs opinions et leurs comportements lorsqu'ils participent à un petit groupe plutôt qu'en étant isolés. Dans la mesure où certains participants manifestent de nouvelles attitudes, cela peut entraîner le raliement des autres à ce qui est ressenti dès lors comme la norme dont il ne faut pas s'écarter. Il se peut aussi que ces changements soient dus en partie, au fait que l'on a essayé de faciliter une décision favorable en diminuant les forces antagonistes intérieures des individus plutôt qu'en appliquant des pressions extérieures. Les soignants, comme d'ailleurs les enseignants ont néanmoins des difficultés à animer un groupe et à en exploiter les ressources. Stimuler les interactions, organiser les confrontations entre les apprenants implique que celui qui gère le groupe assure une fonction de facilitation des échanges. Les interventions qui caractérisent cette fonction sont les reformulations, les questions en retour ou en relais ainsi que les synthèses. Ces aides techniques concernent l'aspect formel et s'adressent au registre cognitif. Mais le groupe peut connaître des blocages, certains participants prennent trop de place tandis que d'autres demeurent en retrait. L'évocation des complications, bien qu'à long terme, de la maladie peut être anxiogène pour les patients. Ces phénomènes sont percus par l'enseignant mais celuici ne sait pas comment intervenir ou il ne s'y autorise pas.

convient d'agir là à un autre niveau, Celui du registre affectif en mettant en oeuvre une fonction d'élucidation du vécu immédiat du groupe. Il s'agit de rendre manifeste ce qui est latent en nommant le malaise qui, s'il est ressenti, n'est pas forcément reconnu. Ces interventions portant sur le climat du groupe ont été bien mises en évidence par les recherches et les expérimentations en dynamique de groupe où l'animateur peut formuler des hypothèses interprétatives de ce que les participants sont en train de vivre. Exemple : « Il semble que tout le monde n'ait pas pu donner son avis, certains participants n'ont pas pu se prononcer; peut'être qu'on ne les laisse pas s'exprimer.. » ou « C'est angoissant d'évoquer les complications... ». Il ne s'agit pas pour autant de transformer le cours en table ronde sur les sentiments, mais de permettre, en nommant ce qui se passe, de reconnaître ce qui peut faire obstacle à la participation et à l'apprentissage. Ce type d'intervention ne requière pas forcément des connaissances psychologiques, mais procède d'un sens clinique. Elle s'avère d'autant plus pertinente dans un enseignement à portée thérapeutique, que ce soit dans une relation individuelle ou de groupe. En définitive ces deux approches, individuelle ou groupale ne s'excluent pas mais se complètent mutuellement.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN 4 DIMENSIONS POUR CHANGER DE COMPORTEMENT

Alain Golay, Grégoire Lagger et André Giordan Genève

RÉSUMÉ:

réducation thérapeutique est une approche humaniste centrée sur le patient, ses besoins et ses ressources. La mobilisation du patient et sa motivation à changer sont difficiles à obtenir. Un nouveau modèle d'apprentissage en quatre dimensions (allosteric learning model) apporte des outils et des ressources supplémentaires aux soignants. Certes, pour comprendre, le patient prend appui sur une dimension cognitive: il fait des liens, entre ses connaissances, confronte son vécu, ses symptômes et cherche des moyens pour se mobiliser. Toutefois, le patient va changer de comportement s'il est touché sur le plan émotionnel (dimension affective). En d'autres termes, s'il se sent concerné, s'il y trouve du plaisir, du moins un sens et s'il a confiance en ses soignants. De plus, le changement n'est possible que lorsque le patient s'interroge sur ses raisonnements intimes et ses habitudes de pensées (dimension infracognitive) et s'il prend du recul sur son savoir, s'il réfléchit sur ses croyances, ses certitudes, s'il questionne ses conceptions (dimension méta-cognitive).

a prise en compte des quatre dimensions cognitive, affective, infracognitive et métacognitive explorées par le modèle améliorent les processus d'apprentissage et la motivation du patient. Un environnement pédagogique pertinent en découle. Il a pour fonction d'interpeller le patient, le questionner, le perturber, de lui fournir des aides à penser, sans cela il ne lâchera pas ses

croyances de santé. En fait, il lui permet de « déconstruire pour construire » dans un processus d'élaboration systémique où la régulation de l'apprentissage est transférée du côté du patient. Le soignant va essayer de le responsabiliser pour le rendre autonome, co-thérapeute.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN QUATRE DIMENSIONS

u cours des toutes dernières années, l'éducation thérapeutique des patients a évolué rapidement (1,2). Progressivement, elle a pris conscience de l'importance d'innovations éducatives qui mettent en avant l'écoute, l'intentionnalité et les besoins du patient (3-5). Son état émotionnel, ses croyances, son estime de soi ou encore la place de son vécu dans le maintien de sa qualité de vie sont d'autres éléments à observer (6-8). Toutefois, tous ces paramètres sont difficiles à repérer et surtout à mettre en pratique dans une éducation thérapeutique (9).

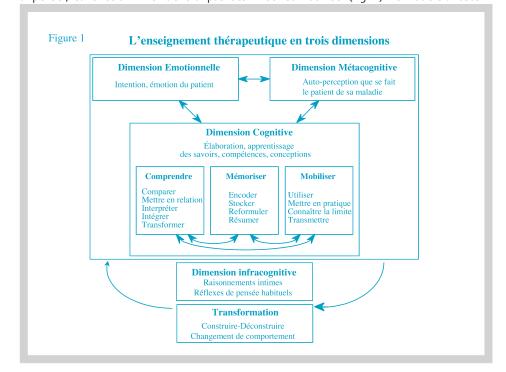
ncore trop souvent, seule la dimension cognitive est envisagée (10,11). L'apprentissage des compétences et l'élaboration des savoirs et compétences sont bien entendu-cruciaux. La dimension cognitive est bien développée dans l'apprentissage et elle se construit à travers trois étapes capitales qui sont comprendre, mémoriser et mobiliser (fig. 1). Le modèle allostéri-

que de Giordan (12,13) propose des boucles de rétroactions entre ces composantes en les divisant encore en plusieurs sous-étapes. Après avoir transformer le savoir, le patient peut alors le mémoriser, l'encoder et le stocker. Pour le garder en mémoire, le soignant va devoir régulièrement demander au patient de reformuler et résumer ses connaissances. Finalement, pour mettre en pratique, le patient va mobiliser et utiliser ses connaissances et surtout rechercher ses limites, redéfinir ses objectifs, ses attentes. L'étape ultime de l'élaboration des connaissances et la mise en pratique des compétences se produit lorsque le patient est capable de transmettre ses compétences à d'autres patients voire même à des soi-

a dimension affective, avec ses composantes intentionnelle et émotionnelle ne peut pas être éludée. Cette dimension est particulièrement importante pour connaître et prendre en compte les attentes, désirs, besoins du patient mais aussi pour construire avec lui sa motivation de changer.

n effet, le patient doit se sentir concerné, interpellé, questionné et il faut surtout qu'il trouve un intérêt, un sens à se traiter. Idéalement, le traitement devrait pouvoir générer un certain plaisir. Une alimentation bien équilibrée peut être source de plaisir, au même titre qu'une activité physique, peut occasionner beaucoup de plaisir. Finalement, dans cette dimension affectivo-émotionnelle (figure 2), la confiance que peut donner un soignant, une équipe de soignants ou même un bon traitement est très importante pour la mise en place d'une dynamique pour vivre avec sa maladie ou pour recouvrer la santé.

côté des dimensions cognitive et inten-tionnelle, d'autres dimensions s'imposent également dans les activités d'éducation thérapeutiques. D'une part, la dimension infracognitive, elle est constituée des raisonnements intimes et des réflexes de pensée appris dans les apprentissages précoces de l'enfance. Le patient s'interroge peu sur ses évidences, ses habitudes de pensée. Il se demande peu souvent non plus qu'elles sont ses valeurs ? A quoi il tient vraiment? Il cherche tout au mieux à comprendre le pourquoi de ses façons de faire. Or parmi les modes de pensée des patients, il y a fréquemment des raisonnements pernicieux en matière de traitement, de type « tout ou rien » ou « plus c'est mieux » pour reprendre les plus fréquents. Les patients obèses, par exemple, commencent souvent



000

un régime drastique et abandonnent totalement quelques semaines plus tard, voire même parfois après quelques jours. En pratique, les échecs, les rechutes, les reprises de poids sont très souvent dus à ces raisonnements délétères.

stette dimension infracognitive devrait 🕮 être prises en compte pour éviter les échecs les plus fréquents. Au lieu de banaliser ou de dramatiser une reprise de poids et se laisser aller ou de repartir dans un régime drastique, le patient peut éviter d'entrer dans la spirale de l'échec, en raisonnant différemment. Le thérapeute devrait l'aider à assimiler les « faux pas », analyser la situation le plus vite possible pour éviter la rechute. Un autre implicite à travailler est de poser la « barre trop haut » avec des objectifs trop élevés, des attentes magiques. Renégocier des objectifs à la baisse aide beaucoup le patient à renouer avec le succès.

part, c'est-à-dire la conception que le patient a de sa maladie, du traitement ou de la santé en général, est encore moins souvent appréhendée par le soignant. Ce dernier devrait inciter plus fréquemment le patient à réfléchir sur sa maladie, l'impact qu'elle a sur sa qualité de vie. Le soignant pourrait ainsi lui faire prendre du recul sur ses connaissances, compétences, croyances, comportement. Le patient peut aussi se distancier, s'auto-évaluer et mieux intégrer la maladie et son traitement sur le long terme.

son patient à réfléchir sur ce qu'est la maladie, la santé et à examiner l'intérêt d'un traitement pour soi. A travers une telle démarche, le patient peut prendre conscience de son état et de l'impact du traitement, voire de ses ressources, de ses valeurs, et surtout de ses peurs, difficultés ou culpabilités.

inalement, le soignant peut permettre au patient de s'auto-observer par une démarche de « zoom arrière » qui aboutit à une réflexion sur l'estime de soi et l'image de soi.

on seulement ces quatre dimensions, décrites par le modèle allostérique (12,13) sont à investiguer, mais, celles-ci doivent être abordées de façon systémique (Figure 1). Par exemple, pour comprendre, le patient doit pouvoir comparer entre plusieurs traitements et il doit réaliser les liens entre les symptômes et le traitement. Il doit être capable d'interpréter lui-même les résultats, les symptômes pour intégrer le traitement dans sa routine de tous les jours de malade chronique. Il faut considérer ces étapes en retro-action avec un apprentissage dynamique possible dans d'autres suc-

cessions d'étapes selon la personnalité du patient. Ses compétences vont se modifier en permanence dans un aller-retour constant avec la construction de nouvelles compétences-connaissances avec simultanément une déconstruction des anciennes connaissances. Cette transformation construction-déconstruction en retroaction permanente est une des caractéristiques de ce modèle allostérique.

COMPRENDRE SON PATIENT

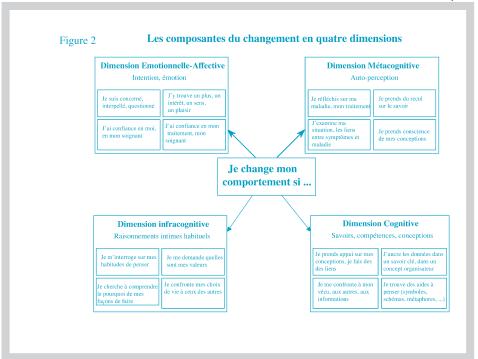
rendre en compte ces quatre dimensions permet au soignant éducateur de repérer les croyances, les conceptions du patient, son rapport à la maladie, ses projets de vie, ses désirs et ses valeurs, etc. (9) (Tableau 1). Préalable incontournable, l'entretien se doit de faire surgir ce que la personne sait ou ce qu'elle croit savoir : les interrogations qu'elles se posent, ses attentes et ce qu'elle craint ou envisage pour son avenir. Ses ressentis, ses émotions et ses liens sont à faire émerger.

ne telle éducation implique que le soignant-éducateur «maîtrise» une série de grilles psycho-pédagogiques pour connaître et mobiliser le malade (tableau 1). Notamment, il se doit de repérer les ressources mais aussi les résistances éventuelles, sur tous les champs qui interfèrent avec le traitement et les connaissances/compétences à acquérir. La synthèse des informations obtenues doit relever les paramètres estimés comme facilitants l'éducation du patient, mais également les points de résistance, les évitements ou les fuites.

par exemple, le déni de la maladie rencontré suite à l'annonce de la maladie, entrave considérablement l'éducation. Bien souvent, lorsque les valeurs de cholestérol, de pression artérielle restent élevées, et ce malgré de nombreux médicaments prescrits, il y a forte suspicion d'une mauvaise observance thérapeutique. Le déni peut être induit par une peur et certains patients ne veulent rien savoir de leur diabète par peur de se souvenir d'un parent ayant souffert de complications du diabète. Le soignant doit pouvoir identifier le stade du processus d'acceptation de la maladie où se situe le patient au moment de l'identification des besoins éducatifs et tout au long du suivi.

rae plus, le patient s'engage dans un pro-₿ cessus de transformation face à sa maladie, notamment par le biais d'une modification de ses croyances de santé. Alors qu'un patient attend souvent un «miracle» de l'extérieur, et notamment du médecin ou du médicament, un autre regard sur sa maladie et son traitement peut lui être autant bénéfique. Sa maladie, par exemple, ne doit plus être considérée par lui comme un événement fortuit, extérieur à sa personne qu'il s'agit d'expulser de son corps à l'aide des médicaments ou autres interventions thérapeutiques. Sur ce plan également, une bonne connaissance du patient facilite l'accompagnement que peut mettre en place le soignant.

d'une maladie sont rarement relevés. La maladie devient partie intégrante de luimême, elle est une composante de sa vie. Elle est un nouvel équilibre que son corps a mis en place pour faire face à un événement intérieur ou extérieur à celui-ci, en interaction avec son environnement. Dans certaines circonstances, la maladie peut





même être appréhendée comme un moyen d'expression, une manière d'y trouver un bénéfice secondaire. Chez certaines personnes diabétiques ou asthmatiques, la maladie n'est-elle pas une manière de se faire entendre ou encore un moyen de reconnaissance ? Souffrir de lombalgies permet d'éviter des lourdes tâches, une obésité peut protéger contre la séduction. La maladie bénéfice, selon Herzlich (14), induit une fausse acceptation de la maladie. Trop souvent, les patients nous demandent de les « faire maigrir » et nos confrères de « faire maigrir » un patient obèse. La recherche de la solution miracle, de la chirurgie bariatrique, des pilules amaigrissantes est très fréquente et montre une démarche typique de « locus of control » externe (15). A l'inverse, le succès à long terme d'un traitement ou d'une perte de poids va dépendre de la motivation interne, du « locus of control » interne. La porte de la motivation s'ouvre de l'intérieur et elle ne devrait jamais être poussée de l'extérieur pour obtenir une perte de poids (9).

gnant de dialoguer avec son patient et d'orienter l'éducation thérapeutique. La place du soignant habituel est de faire descendre l'information médicale, tandis que rôle du soignant-éducateur devient de la faire remonter à partir du patient.

CONSTRUIRE AVEC LES CONCEPTIONS DU PATIENT POUR « DÉCONSTRUIRE » PROGRESSIVEMENT

onnaître les conceptions du patient, ses émotions, son rapport à la santé, à la maladie est une première étape. Une éducation thérapeutique ne peut en rester là, elle se doit de les faire évoluer, voire de les transformer. Rien de très évident au demeurant, les résistances sont multiples et sont à situer dans les quatre dimensions décrites précédemment. Celles-ci sont à prendre en compte notamment pour faire évoluer les conceptions du patient pour l'inciter à changer et à se motiver.

ses conceptions du patient par exemple Darticipent à l'équilibre de la personne, et même à sa sécurité de base. Toute remise en question est vécue comme très déstabilisante et de ce fait est souvent inconsciemment évitée. Le patient ne retient dans une activité éducative préparée à son intention que les informations qui s'inscrivent dans sa propre conviction, celles qui le «touchent» ou l'accrochent, celles qui lui font plaisir ou le confortent dans ses positions. Il néglige, évite ou rejette les autres, même si celles-ci paraissent opératoires ou possèdent un fort potentiel de certitude pour un professionnel de la santé.

pprendre, ce n'est pas donc seulement construire des savoirs, comme le prétendent les théories constructivistes en cours. Pour toutes sortes de raisons, les conceptions en place ont tendance à se maintenir durablement, y compris quand le soignant insiste ou argumente. Apprendre, c'est autant évacuer des savoirs peu adéquats que de s'en approprier d'autres. C'est le résultat d'un processus multiple de transformations..., transformation de questions, de croyances initiales ou encore de façons de raisonner habituelles.

"Déconstruire" les conceptions en place dans la tête de l'apprenant apparaît comme un passage obligé. Malheureusement, les observations entreprises dans les formations habituelles montrent qu'il s'agit là d'une phase délicate, voire impossible. La plupart du temps, il s'avère utopique de vouloir les "détruire" directement, notamment en usant des arguments habituels ou

en répétant les mêmes propos. Les croyances de santé du patient résistent durablement et irrésistiblement. En fait, le patient lâchera ses conceptions quand il en aura élaboré d'autres et qu'il aura été convaincu que ces dernières sont adéquates pour lui, dans le contexte où il se situe.

Apprendre est ainsi un processus personnel complexe, de type paradoxal. La personne apprend à partir de ses conceptions ; ce sont les seuls outils à sa disposition pour comprendre. En même temps, elles sont autant de «prisons» intellectuelles, voire affectives pour comprendre. Il faut donc faire "avec", le patient ne peut faire autrement. La personne apprend à partir de ce qu'elle sait interpréter dans son propre système de pensée. Elle élabore sur et avec ses savoirs, mais pour transformer ses croyances de santé ou s'approprier un savoir thérapeutique, elle ne peut avancer qu'en rompant avec ce qu'elle avait élaboré au préalable.

Il faut faire « avec », pour que le patient puisse aller « contre ».

Il faut construire avec ses conceptions pour déconstruire progressivement les conceptions.

Seule la personne peut transformer son savoir, le soignant ne peut faire un apprentissage à sa place ! Paradoxalement, à nouveau, elle n'apprend pas sans l'autre. Il est difficile de « découvrir » seul l'ensemble des données, les situations qui peuvent conduire à transformer ses croyances.

Le soignant peut accompagner le patient avec un mot, une situation qui déclenche, un document prêté, une émulation entre partenaires, une émotion, une forte personnalité, une écoute qui éveille une expression sont des points de départ pour apprendre.

e plus souvent il devra mettre en place un environnement didactique propre à interférer avec les conceptions du patient.

TABLEAU 1: GRILLES POUR COMPRENDRE SON PATIENT

- ses conceptions de santé,
- ses conceptions sur la maladie, les traitements,
- ses conceptions sur les soignants et le système médical dans son ensemble,
- ses besoins ressentis ou réels, ses émotions,
- son acceptation et son rapport à la maladie,
- sa capacité à faire face à sa nouvelle situation (coping)
- ses ressources, ses résistances,
- son niveau de contrôle personnel sur sa vie et sur son environnement (locus of control)
- ses bénéfices secondaires qu'il trouve dans sa pathologie
- son projet de vie, ses désirs et ses valeurs.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Roter DL, Stashefsky-Margalit R, Rudd R. Current perspectives on patient education in the US, Patient Education and Counseling, 2001, 44, 79–86.
- 2. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure, The European Journal of Heart Failure, 2005, 7, 363-69.
- 3. Weinger K, Jacobson AM. Psychosocial and quality of life correlates of glycemic control during intensive treatment of type 1 diabetes, Patient Education and Counseling, 2001, 42, 123–131.
- 4. Huang N. Motivating patients to move, Australian Family Physician, 2005, 34(6), 413-17.
- 5. Assal JP. Motivation et compliance en thérapeutique, Médecine et Hygiène, 2004, 62, S11-S13.
- 6. Horne R. Compliance, adherence, and concordance. Implications for asthma treatment, CHEST, 2006, 130(1), 65-72.
- 7. Skinner TC. Psychological barriers, European Journal of Endocrinology, 2004, 151, T13-T17.
- 8. Bastable SB. Essentials of Patient Education. Jones and Bartlett, Sudbury, 2006.
- 9. Sommer J, Gache P, Golay A. L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. La communication professionnelle en santé, chap. 26, 656-691, ERPI, Québec, 2005.
- 10. Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behavior, Diabetic Medicine, 2006, 23, 485–501.
- 11. Funnell MM, Anderson RM. Working toward the next generation of diabetes self-management education, American Journal of Preventive Medicine, 2002, 22(4S), 3-5.
- 12. Giordan A. Les origines du savoir, Delachaux, Neuchâtel, 1987.
- 13. Giordan A. Apprendre !, Belin, Paris, 2002.
- 14. Herzlich C. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Mouton, Paris, 1969.
- 15. Lacroix A, Assal JP. Éducation thérapeutique. Vigot, Paris, 1998.

FORMATIONS A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU DELF

DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

CONDUITE D'UN ENTRETIEN

LE PATIENT FACE À LA MALADIE CHRONIQUE

MODÈLES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Typologie des comportements

L'ADULTE APPRENANT

7 Juin 2007
14 ET 15 Juin 2007
28 SEPTEMBRE 2007
18 OCTOBRE 2007
16 NOVEMBRE 2007
6 DÉCEMBRE 2007
DATE À PRÉCISER

POUR TOUT RENSEIGNEMENT :
DIABETE-EDUCATION.ORG

RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABÉTIQUES VUE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Olivier BOURIT, médecin généraliste, Saint Denis en Val Eric DRAHI, médecin généraliste, Orléans.

INTRODUCTION:

La prise en charge du diabète de type 2 doit être globale, dirigée contre tous les facteurs de risque cardiovasculaire associés (tabac, hypertension artérielle, anomalies lipidiques), et inscrite dans la durée.

L'objectif est de prévenir les complications micro et macrovasculaires de la maladie et d'assurer une bonne qualité de vie. Les outils de la prise en charge sont l'alimentation, l'exercice physique appropriés et la pharmacologie .

L'éducation thérapeutique (ET) est un concept récent en médecine, popularisé dans le

diabète de type 2 par la Déclaration de Saint Vincent en 1989 . Dans les recommandations de l'ANAES sur la prise en charge du diabète de type 2, l'éducation thérapeutique est citée comme un élément essentiel du traitement.

Notre enquête s'est intéressée aux pratiques d'éducation thérapeutique citées par les médecins généralistes et aux difficultés qu'ils disent rencontrer pour la mettre en oeuvre.

Méthode:

Cette enquête s'est déroulée sous la forme d'un questionnaire autoadministré envoyé par la poste en janvier 2006. Il a été adressé à 363 médecins généralistes représentant 50% des médecins de chacun des deux départements du Loiret et de l'Indre, choisis par tirage au sort. Le choix des départements a été effectué en raison de la présence de 2 réseaux diabète dans le Loiret, et d'aucun réseau en Indre (quoiqu'un réseau informel y fonctionne depuis quelques années).

Les médecins remplaçants n'ont pas été inclus dans cette analyse.

Le questionnaire comportait 12 questions réparties en plusieurs catégories):

- Données socio-démographiques
- Pratique de l'ET et temps consacré
- Définition et objectifs de l'ET
- Moyens utilisés pur la pratique de l'ET
- Ressources extérieures utilisées
- Besoins pour l'amélioration de sa pratique d'ET

La question sur la définition de l'ET a été posée en 4° position. Question ouverte, dont la réponse pouvait être difficile, elle a é t é positionnée après des questions fermées. Les données ont été exploitées dans le logiciel Excel.

L'analyse des questions ouvertes a été réalisée par analyse lexicale. Les réponses ont é t é classées en plusieurs catégories qui seront détaillées dans les résultats. Pour la définition de l'éducation thérapeutique, la classification a été réalisée en référence à la relation négociée³.

Résultats:

les médecins répondeurs :

- Le taux de réponse était de 51,5%, représentant 24,6 % des généralistes des deux départements.
- La médiane de l'année d'installation était 1984 dans le Loiret et 1982 dans l'Indre.
- 45,97% des médecins du Loiret avaient un exercice urbain contre 27,66% dans l'Indre (proportion d'exercice rural 20,16% versus 42,55%).

 Les médecins se déclarant adhérer à un réseau était de 23,39% dans le Loiret versus 6,38% dans l'Indre

.La pratique de l'ET :

- 96,90% des médecins ont déclaré pratiquer l'ET.

Les raisons invoquées à la non-pratique de l'ET était essentiellement le manque de formation (cité par 57,14% des médecins déclarant de pas pratiquer l'ET).

Les difficultés rencontrées à la réalisation de l'ET par les médecins disant la pratiquer étaient par ordre de fréquence décroissante :

- Le manque de temps (72,56%)
- Le manque d'outils pédagogiques (37,80%)
- Le manque de formation (18,29%)
- Le manque de motivation et d'adhésion des patients (10,98%)
- La fréquence des patients de culture différente (1,22%)

Les médecins ne pratiquant pas l'ET se plaignaient plus d'un manque de formation que ceux qui disaient la pratiquer.

Le temps consacré à l'éducation thérapeutique par an et par patient diabétique était de moins de 15 minutes par an pour 15,79% d'entre eux, de 15 minutes à 1 heure pour 59,65%, de 1 heure à 2 heures pour 14,04%, et de plus de 2 heures par an pour 5,85%.

Les médecins n'appartenant pas à un réseau étaient plus nombreux à dire consacrer moins de 15 minutes par an et par patient à l'ET que ceux qui appartenaient à un réseau.

« QUELLES RESSOURCES
PROPOSEZ-VOUS AUX PATIENTS
POUR LEUR ÉDUCATION:
RÉSEAUX, MAISONS DU
DIABÈTE, INFIRMIÈRES ET
GROUPES DE PATIENTS ...? »

Les médecins du Loiret disaient plus souvent proposer un réseau à leurs patients (42,74 %) que ceux de l'Indre (14,89 %) (p < 0,001). Les médecins qui disaient ne pas pratiquer l'éducation thérapeutique utilisaient significativement moins les réseaux que ceux qui disaient éduquer les patients diabétiques (p < 0,05). Ils ont significativement moins répondu que ceux qui disaient pratiquer l'éducation thérapeutique (p < 0,05).

Les médecins appartenant à un réseau disaient plus souvent adresser leurs patients à un réseau (81,25 %) que ceux qui disaient ne pas en être membres (25,38 %) (p < 0,001).Les médecins appartenant à un réseau disaient moins souvent adresser leurs patients à l'hôpital pour l'éducation thérapeutique (21,88 %) que ceux qui disaient ne pas en être membres (41,54 %) (p < 0,05).

« Définition, objectifs et moyens de l'ET: les réponses de ces questions sont données dans les tableaux 1 et 2 ».

« QUELLE EST POUR VOUS EN QUELQUES MOTS LA DÉFINITION DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABÉTIQUES? ».

Les réponses ont été regroupées en 10 champs sémantiques, classés par ordre décroissant de citation :

Tableau 1 : les définitions de l'éducation thérapeutique par les médecins interrogés.

Champ lexical	% de citation	Citations		
savoir	54,39 %	Enseigner; Comprendre; Compréhension; Faire comprendre; Apprendre; Explication; Information; Sensibilisation; Leur faire prendre conscience des sucres cachés, de l'importance de l'équilibre glycémique; Conseils; Connaître; Approche simple des notions; Faire la synthèse; Etude		
centré sur le patient	6,43 %	Vivre en acceptant les contraintes ; En fonction du terrain ; En fonction du patient ; Concilier régime et plaisir de manger ; Prévoir le régime alimentaire en fonction de l'activité à venir ; Rechercher les mauvaises habitudes pour les supprimer ; Problèmes culturels ; Prise en charge individuelle.		
patient actif	5,84 %	Participation du patient ; Participation active du patient à la gestion du diabète ; Investissement du patient ; L'impliquer dans son traitement ; Leur demander de prendre une part active ; Participation active aux examens médicaux		
savoir-faire	4,68 %	Maniement insuline ; Apprendre à mieux équilibrer leur repas ; Gestion éventuelle de son insuline ; Auto-glycémie et adaptation selon.		
élaboration d'objectifs	4,09 %	Fixer des objectifs; Essayer de fixer des objectifs d'abord possibles; Bien poser les objectifs à atteindre en terme de biologie; Sensibilisation par rapport aux objectifs; En expliquant quels sont les objectifs à atteindre; Information sur les objectifs thérapeutiques; But: compréhension et adhésion à l'objectif fixé.		
psychologie	3,51 %	Que le patient se sente mieux psychologiquement; Confort psychologique du patient; Beaucoup de patience et dédramatiser le problème; En vue de l'euphorie psychologique; Relier les troubles du comportement alimentaire aux angoisses existentielles; Faire comprendre qu'un régime n'est pas une punition.		
partenariat	2,92 %	Coopération ; faire comprendre que le rôle du médecin est d'aider le malade à faire face à sa maladie ; Faire comprendre la cinétique pour adapter la thérapeutique		
donner le pouvoir sur la maladie au patient / empowerment	2,92 %	Donner les moyens d'améliorer l'équilibre de sa maladie ; Donner les moyens d'autogérer sa maladie ; Former les patients à l'adaptation de leur traitement ; Les amener à une auto prise en charge personnelle ; Tout ce qui contribue à rendre le patient autonome par rapport à sa maladie.		
responsabiliser le patient	2,34 %	Responsabiliser		
abandon des plaisirs	0,58 %	Abandon des plaisirs et des habitudes		
Autres réponses	2,34%	Abnégation ; Indispensable ; Perte de temps ; Devrait être une phase essentielle du traitement.		
Sans réponse	5,26%			

Les champs lexicaux : « Patient actif », « Partenariat » et « Elaboration d'objectif (sans précision) » étaient plus souvent cités par les médecins membres de réseaux (p < 0.05).

« QUELS SONT POUR VOUS LE OU LES PRINCIPAUX OBJECTIFS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABÉTIQUES? ».

Les réponses données par les médecins ont été regroupées en 16 champs sémantiques classés par ordre décroissant de citation:

Tableau 2 : les objectifs déclarés de l'éducation thérapeutique..

Champ lexical	% de citation	Citations		
équilibre glycémique	33,33%	HbAlc < 7; Diminution HbAlc; Normalisation HbAlc; Diabète stabilisé; Normalisation glycémique; Equilibrer la glycémie; Equilibre de tous les paramètres; Objectif HbAlc atteint; Retarder le passage à l'insuline; Retarder l'augmentation des doses d'A D O; Améliorer le bénéfice attendu du traitement		
dépistage et prévention des complications et des facteurs de risque	31,58 %	Contrôle des facteurs de risque; Limiter les complications; Diminution de la morbi-mortalité; Augmenter l'espérance de Dépister les complications; Comment surveiller l'apparition de complications; Complications; Retarder l'apparitic complications; Eviter le retentissement du diabète sur d'autres mécanismes physiologiques; Tension artérielle; Cholestérol; Appréhender les complications; L'amélioration du pronostic; Survie prolongée.		
changement de comportement diététique	28,65 %	Régime; Gestion de l'alimentation et hygiène de vie; Faire évoluer les comportements alimentaires; Faire appliquer une alimentation adaptée; Réduire la part du médicament dans le traitement; Manger mieux; Ne pas tricher avec la diététique; Gérer les excès ponctuels impulsifs; Bien respecter la teneur en glucides; Obtenir une alimentation équilibrée; Eviter les erreurs alimentaires; Mode de vie occidental; Respect des règles hygiéno-diététiques; Composer au mieux leurs repas; Equilibre alimentaire; Gérer les apports sucrés; Mise en pratique de la diététique; Habitude alimentaire; Adhérer aux règles hygiéno-diététiques; Faire mieux manger; Activité nutritionnelle convenable; Modifier les erreurs alimentaires; Contrôle de la consommation de glucides; Attitude critique de sa part sur son hygiène alimentaire; Reprogrammer un autre mode d'alimentation.		
changement de comportement concernant la compliance	20,47 %	Contre indiscipline des patients ; Adhérence ; Observance ; Adhésion ; Prendre son traitement très régulièrement ; Discipline ; Accepter les contraintes indispensables ; Obtenir une prise en charge globale ; Acceptation du traitement ; Suivi régulier, suivi thérapeutique ; Suivi multidisciplinaire		
changement de comportement concernant l'activité physique	15,20 %	Exercice physique; Activité physique régulière; Prise en compte de l'intérêt de l'exercice physique; Faire augmenter l'activité physique; Faire appliquer une activité physique régulière; Réduire la part du médicament dans le traitement; Gérer les différentes manières de brûler son sucre; Adhérer aux règles hygiéno-diététiques; Faire bouger; Activité physique convenable; Brûle calorie; Redonner goût à l'exercice physique; Mode de vie occidental; Respect des règles hygiéno-diététiques; Attitude critique de sa part sur son hygiène de vie.		
perte de poids	14,62 %	Prise en compte de l'intérêt de la perte de poids ; Contrôle du poids ; Obtenir un poids convenable ; Eviter la prise de poids ; maigrir ; Perte de poids ; BMI < 25 ; Obtenir un poids convenable ; IMC ; Tour de taille ; Diminution du périmètre abdominal		
changement de comportement concernant la surveillance	10,53 %	Glycémie capillaire; Auto surveillance; Comment surveiller l'apparition de complications; Auto-contrôle; Auto-mesure; Faire HbA1c régulièrement; Les faire adhérer à la surveillance.		
autonomie	8,77 %	Prise en charge de sa maladie par le diabétique ; Autogestion ; savoir équilibrer ; But : voir les patients évoluer vers l'autonomie ; Savoir contrôler son diabète et adapter son régime ; Gérer son alimentation, son traitement et l'activité physique		
vivre avec la maladie et qualité de vie	8,19 %	Vivre en acceptant les contraintes; Problèmes culturels (Habitudes de vie); Leur apprendre à vivre le plus normalement possible avec leur diabète; Améliorer la qualité de vie; Aider le patient à mieux accepter sa maladie; Concilier régime et plaisir de manger; Conserver la qualité de vie; Vivre sans trop de frustration; Que les patients se sentent mieux psychologiquement; En vue de l'euphorie physique et psychique; Acceptation de l'insulinothérapie quand elle devient nécessaire; On peut bien manger tout en évitant les aliments interdits.		
objectifs de sécurité	7,02 %	Eviter la survenue d'accidents hypoglycémiques; S'autogérer dans des situations de crises légères; Education risque d'hypoglycémies; Prévenir les hypoglycémies; Reconnaissance des signes cliniques de déséquilibre; Risques d'hypoglycémies avec le traitement.		
savoir	7,02 %	Connaître la maladie et les complications ; Avoir la connaissance ; Faire prendre conscience que l'on peut avoir une alimentation normale ; Compréhension		
prendre conscience de la gravité de la maladie	4,09 %	Souvent les patients n'ont pas conscience de la gravité de la maladie ; Prise de conscience de leur maladie ; Comprendre l'importance des enjeux.		
motivation du patient	2,92%	Les motiver		
savoir-faire	1,75%	Avoir les moyens de mesurer ; Savoir régler la dose d'insuline en fonction de la glycémie ; Utilisation rationnelle de la thérapeutique		
qualité des soins	0,58%	Qualité des soins		
changement de comportement concernant la podologie	0,58%	Surveillance des pieds		

« QUELS MOYENS UTILISEZ-VOUS ? »

Les réponses données par les médecins ont été regroupées en 18 champs sémantiques classés par ordre décroissant de citation:

- 1) « document papier » 30,99 %
- 2) « les explications » 29,24 %
- 3) « le dialogue » 24,56 %
- 4) « la biologie ou l'examen clinique » 21 ,64 %
- 5) « le carnet de glycémie » 11,69 %
- 6) « la répétition » 5,26 %
- 7) « l'informatique » 4,09 %
- 8) « l'évaluation du patient » 4,09 %
- 9) « encourager, féliciter » 2,34 %
- 10) « la consultation » 2,34 %

- 11) « l'écoute » 1,75 %
- 12) « l'entourage » 1,75 %
- 13) « faire peur » 1,75 %
- 14) « dessins » 1,75 %
- 15) « support pédagogique (sans précision) » 1,75 %
- 16) « la démonstration » 1,17 %
- 17) « la communication orale (sans précision) » 1,17 %
- 18) « reprendre les erreurs personnelles », 0,58 %
- 16,96 % des médecins n'ont pas répondu à la question.

« COMMENT POURRIEZ-VOUS AMÉLIORER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE VOS PATIENTS DIABÉTIQUES ? »

Les réponses données par les médecins ont été regroupées en 17 champs sémantiques classés par ordre décroissant de citation et sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3 : comment améliorer l'éducation thérapeutique.

rableau 5 : comment amenorer reducation merapeanqu				
Le temps	21,64%			
diététiciennes	10,53%			
outils pédagogiques	9,94 %			
réseaux	7,60%			
formation	6,43%			
changements du patient	6,43 %			
groupes de patients	6,43 %			
en déléguant	4,09 %			
moyens financiers	4,09 %			
sensibilisation (médias)	4,09%			
maison du diabète	1,75 %			
structures (non précisées)	1,75 %			
communication	1,17 %			
ateliers adaptés aux patients	1,17%			
motiver le médecin	1,17%			

Figure 1 : la relation n	égociée'.			
Autonomie				+
Coopération		2	+	
Dépendance		+		
Passivité	+			
Patient / Médecin	Contrôle	Expertise	Partenariat	Facilitation

Les quatre niveaux de la négociation patient / médecin forment un continuum allant d'un pôle centré sur le médecin à un autre centré sur le patient : passivité- contrôle, dépendance- expertise, coopération - partenariat et autonomie - facilitation. (25)
L'objectif de l'éducation thérapeutique est de permettre au patient de développer son autonomie.
A ce stade, le médecin devient un facilitateur du patient devenu expert de sa maladie.

Type de relation entre les médecins et les patients lors de l'éducation thérapeutique

En comparant les différentes caractéristiques des réponses des médecins, ceux qui appartenaient à un réseau avaient plus souvent des réponses appartenant au niveau « partenariat / coopération » que les médecins n'appartenant pas à un réseau (18,75% versus 3,08 %) (p < 0,001).

Les réponses relevant du niveau « dépendance / expertise » étaient plus fréquentes chez les médecins disant pratiquer l'éducation thérapeutique que chez ceux disant ne pas la pratiquer (p < 0,05).

En ce qui concerne les ressources utilisées en fonction du niveau de négociation relevé dans leurs réponses, la seule différence significative observée était que la part des médecins qui utilisaient les services d'une infir-

mière était plus importante chez ceux qui parlaient d'autonomie (p < 0.02).

Discussion

Cette enquête présente plusieurs limites :

- Elle est déclarative, explorant les représentations des pratiques et non pas les pratiques réelles.
- Les réponses aux questions ouvertes n'explorent sans doute pas l'ensemble des représentations et des pratiques des médecins, ce qu'auraient permis au mieux des interviews des médecins.
- Le taux des réponses est très satisfaisant, mais il existe sans doute un biais, les médecins les plus motivés par la question ayant sans doute plus répondu que les autres.

<u>La pratique de l'Education Thérapeutique par</u> <u>les médecins :</u>

96,90% des médecins généralistes répondants disent pratiquer l'ET avec leurs patients diabétiques. Nous avons été surpris par ce

taux de réponse. Il est vraisemblable que la question induisait la réponse, mais ce taux incite à se poser d'autres questions :

- quelle est la définition de ces médecins de l'FT?
- quelles sont les thématiques abordées en ET avec leurs patients ?
- quels en sont les objectifs?
- quels moyens utilisent-ils?
- avec quelles ressources locales?
- de quoi auraient-ils besoin pour être plus efficaces?

Définition de l'ET :

Pour définir l'éducation thérapeutique, les médecins parlent essentiellement d'enseignement (56,73 % +/- 7,58). L'enseignement concerne majoritairement le savoir (95,87 % de ceux qui parlent d'enseignement), et plus rarement un savoir-faire (8,24 % de ceux qui parlent d'enseignement).

« L'élaboration des objectifs », « centré sur le patient » et « la psychologie », sont beaucoup moins souvent cités (13,45 % +/- 5,22) que la transmission du savoir.

Cela montre que les médecins généralistes se représentent majoritairement l'éducation thérapeutique comme une transmission de connaissances, et évoquent beaucoup moins les dimensions psychosociale et pédagogique que l'on retrouve dans la définition de l'éducation thérapeutique.

Les notions de participation du patient, le rôle de partenaire joué par le médecin et l'élaboration d'objectifs (sans préciser s'ils sont imposés ou négociés) sont plus souvent mis en avant par les médecins membres de réseaux. Est-ce dû aux formations des réseaux, ou est-ce parce que les médecins qui pensent cela font plus facilement partie d'un réseau ?

Thématiques abordées :

La diététique est le thème le plus souvent abordé par les médecins, alors que la podologie est le moins souvent abordée.

Il apparaît donc une prédominance du thème de la diététique dans la représentation de l'éducation thérapeutique des médecins.

Le thème de la surveillance est significativement plus souvent abordé par les médecins du secteur rural que des secteurs urbains ou semi urbains. Cela peut peut-être s'expliquer par le contexte de l'éloignement, à la fois du médecin et également des autres intervenants, qui incite le médecin à insister sur la surveillance.

Objectifs de l'éducation thérapeutique :

Les deux types d'objectifs les plus cités sont les objectifs biomédicaux et les changements de comportement ; l'autonomie du patient n'est présente que dans 8,77 % des réponses. Ceci montre à nouveau un décalage dans la représentation des médecins enquêtés par rapport à la littérature qui préconise l'autonomie du patient comme l'un des premiers objectifs de l'éducation.

Moyens utilisés par les médecins généralistes pour l'éducation thérapeutique :

Seuls 54,39 % des médecins citent spontanément la communication verbale. Ce résultat nous semble sous-estimé par le mode de question ouverte, car nous pensons que la communication verbale est utilisée de façon systématique dans l'éducation thérapeutique et dans la relation médecin / malade en général, sans que cette communication soit perçue, en tant que telle, comme un outils de l'éducation.

Dans cette communication verbale, l'écoute est beaucoup moins souvent citée par les médecins que le dialogue ou les explications. Il semblerait donc que ces médecins ont plutôt une approche directive dans leur communication avec les patients.

Cependant, en comparant les réponses des

médecins appartenant ou non à un réseau, le dialogue et l'écoute sont plus souvent cités par les médecins appartenant aux réseaux. Cette différence peut être due aux formations ou informations données par les réseaux, ou au fait que les médecins qui pensent cela ou y sont sensibilisés font peut-être plus facilement partie d'un réseau.

Seulement un tiers des médecins disent utiliser des supports pédagogiques, essentiellement des supports en papier. Ils ne citent pas ou très peu de techniques pédagogiques, l'informatique et l'évaluation sont citées chacun par 4,09 % des médecins, et la démonstration est mentionnée seulement par 1,17 % d'entre eux. Les médecins citant le carnet de glycémie semblent surtout l'utiliser comme support à leurs explications.

La biologie et l'examen clinique (21,64 %) ainsi que le carnet de glycémie (11,69 %) sont des outils cités par les médecins généralistes pour réaliser l'éducation thérapeutique.

Une étude qui avait pour but de voir comment était utilisé le temps d'une consultation pour le diabète en médecine générale aux Etats-Unis (en observant les consultations de 138 médecins généralistes) a montré que lors des consultations pour le diabète, une plus grande proportion du temps était consacrée au feedback des résultats par rapport à des consultations pour d'autres maladies chroniques . Nous retrouvons cette notion parmi les médecins de notre enquête : les médecins utilisent les résultats biologiques et des examens cliniques, pour l'éducation de leurs patients.

Ressources proposées par les médecins généralistes.

Les médecins généralistes font surtout appel au diabétologue. Cependant lorsqu'un médecin propose une ressource à son patient, cela peut être spécifiquement pour un problème d'éducation, ou bien pour un problème de soin ou de thérapeutique. Ces ressources ne diffèrent pas uniquement sur la façon de pratiquer l'éducation thérapeutique, celle-ci n'est donc pas le seul facteur déterminant le choix du médecin.

Le diabétologue est le premier intervenant cité par les médecins généralistes pour l'éducation thérapeutique, certainement parce que c'est le correspondant privilégié en ce qui concerne le diabète, et son aide est peut-être demandée en cas de problème, sans que la demande soit spécifiquement ou uniquement celle d'éduquer le patient.

Les groupes d'éducation sont cités par 7,60 % des médecins. Les réseaux, l'hôpital et les maisons du diabète mettent en place des groupes d'éducation. Cela signifie sans doute

une méconnaissance de l'existance de ces groupes et de leur efficacité pour les maladies chroniques. La maison du diabète est citée par 5,26 % des médecins, mais aucun des deux départements n'en est doté. Il existe donc une notoriété de ces maisons, dont il existe un exemple en Région Centre. Nous constatons que les médecins du Loiret disent plus souvent proposer un réseau à leurs patients que ceux de l'Indre. Cela peut s'expliquer par la présence de deux réseaux dans le Loiret, alors qu'il n'y en a pas dans l'Indre. Seulement 42,74 % des médecins du Loiret, disent adresser des patients aux réseaux. dans un département qui en compte pourtant deux, répartis sur un large territoire. Cela montre la difficulté qu'ils ont à s'appuyer sur un réseau. Le diabétologue est l'intervenant privilégié de l'ensemble des médecins généralistes mais il est rejoint par les réseaux pour ceux qui en sont membres. Il est intéressant de noter, même si ces chiffres ne sont pas significatifs, que les diététiciennes et les podologues sont plus souvent cités par les médecins membres de réseaux. Cela suggère peut-être que les réseaux facilitent la coopération entre les médecins et les professionnels paramédicaux pour l'éducation thérapeutique des patients. Propositions d'amélioration de la pratique de l'éducation thérapeutique.

La première proposition faite par les médecins généralistes est de leur donner du temps. Cette réponse est cohérente avec l'obstacle donné majoritairement au début du questionnaire, et suggèrerait qu'avec plus de temps, ils seraient prêts à s'investir davantage dans l'éducation thérapeutique. Ils demandent également des structures et des techniques de groupe d'éducation (ou une amélioration de celles qui existent). Ce résultat est confirmé par une étude de la CPAM de Lille en 1999 selon laquelle 89 % des médecins généralistes souhaitent l'intervention de structures relais permettant une meilleure prise en charge de leurs patients.

Pourtant certaines de ces structures existent (notamment dans le Loiret), nous nous poserons donc la question de savoir pourquoi les médecins ne travaillent pas plus avec elles.

Type de relation entre les médecins et les patients lors de l'éducation thérapeutique Une majorité des médecins, ont un type de négociation relevant du niveau « dépendance / expertise », de la classification de Girard et Grand'Maison.

Le niveau « coopération / partenariat » a été relevé dans 7,02 % des questionnaires, ce qui correspond à un chiffre peu élevé, si nous le comparons à une étude

menée en 1994 sur 8 % des médecins généralistes de



France, dont 70 % ont consenti à participer à une entrevue et dans laquelle 74,7 % disaient utiliser une approche coactive des patients Les médecins appartenant à un réseau intègrent plus la notion de partenariat et de coopération dans l'éducation thérapeutique que ceux qui n'en font pas partie. Le niveau « dépendance / expertise » est en revanche plus souvent présent dans les réponses des médecins ne participant pas à un réseau que dans celles des médecins ne participant pas à un réseau, sans être significatif.

Pour expliquer cette différence, nous voyons deux grandes hypothèses :

- Les médecins participant à un réseau sont peut-être plus sensibilisés ou formés à une approche coactive pour l'éducation thérapeutique de leurs patients.
- Les médecins cherchant à établir un partenariat avec leurs patients font peut-être plus souvent partie d'un réseau. En comparant les réponses des médecins qui disent pratiquer l'éducation thérapeutique à celles de ceux qui disent ne pas la pratiquer, les réponses relevant du niveau « dépendance / expertise » sont plus importantes chez les médecins disant pratiquer l'éducation thérapeutique. Les médecins qui disent ne pas pratiquer l'éducation thérapeutique fournissent globalement moins d'information dans leurs réponses (plus de réponses non classées), ce qui peut expliquer qu'elles relèvent moins souvent du niveau « dépendance / expertise ».

Pour conclure, il nous faudrait donc une population plus importante que 7 médecins et pratiquer des interviews de ces médecins. La part des médecins qui utilisent les services d'une infirmière est plus importante chez ceux qui parlent d'autonomie. Elle apparaîtrait donc comme une aide parfois utilisée par le médecin pour rendre le patient autonome.

Que pouvons nous conclure de cette enquête ?

La plupart des médecins généralistes disent pratiquer l'éducation thérapeutique. La majorité d'entre eux la définit essentiellement comme un enseignement portant sur les connaissances, c'est-à-dire un transfert d'informations dans le cadre d'une relation du type « dépendance / expertise ». Leurs deux objectifs principaux sont des objectifs biomédicaux et des changements de comportement contraints.

Pour cette pratique éducative, ils citent très peu les techniques pédagogiques. Leur correspondant privilégié est le diabétologue. Cependant, les médecins appartenant à un réseau utilisent non seulement le diabétologue, mais aussi beaucoup le réseau. La pratique éducative des médecins membres d'un réseau est davantage associée à une relation de « partenariat / coopération », que ceux qui n'en sont pas membre, avec une plus grande importance pour le dialogue et l'écoute. Il est probable que les médecins interrogés n'ont

pas décrit l'ensemble de leurs pratiques éducatives.. Nous pensons à des objectifs négociés, la reformulation, la démonstration de lecteurs de glycémie ou d'injections d'insuline, l'analyse d'un carnet de glycémie en travaillant avec le patient sur les stratégies à mettre en place devant des hypoglycémies par exemple. Ces outils sont sans doute utilisés régulièrement, mais ne sont pas considérés par des outils d'éducation thérapeutique en tant que telle.

Une autre enquête serait utile pour répondre à cette question, à partir d'interviews.

Les généralistes demandent essentiellement plus de temps et de structures pour améliorer l'éducation thérapeutique de leurs patients. En conclusion, nous pensons que les médecins généralistes ont une vision incomplète de la nature de l'éducation thérapeutique et ne connaissent peu ou pas bien les outils qu'ils peuvent proposer, alors que peutêtre ils en utilisent déjà.

Ce que l'on savait : l'éducation thérapeutique est difficilement pratiquée par les médecins généralistes. Ce que l'on sait mieux : cette faible pratique repose sur une approche purement cognitive, n'intégrant pas le développement de l'autonomie du patient

Ce que l'on ne savait pas : les réseaux sont considérés comme une ressource précieuse, mais les médecins ignorent les techniques pédagogiques mises en oeuvre dans ces réseaux.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2, A l'exclusion de la prise en charge des complications; Rapport. Paris : ANAES ; 2000.
- 2 Haut Comité de la Santé Publique. Diabètes; Prévention, dispositifs de soin et éducation du patient. HCSP 1998: 1-92.
- 3 Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée, modèle de relation patient-médecin Médecin du Québec. 1993; 28: 29-39.
- 4 Yawn B, Zyzanski SJ,Goodwin MA, Gotler RS, Stange KC. Is diabetes treated as an acute or chronic illness in community family practice? Diabetes Care 2001; 24:1390-6
- 5 Delattre C, Hanicotte B. La maison du diabète: Aide et/ou alternative aux réseaux de soins? Information diététique 2003 ; 2 : 25-27.
- 6 Gagnayre R, Traynard PY. Education thérapeutique du patient. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), AKOS Encyclopédie pratique de médecine, 7–1027, 2002, 11 p.

LES RÉSEAUX DE SANTÉ : UNE CHANCE POUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE PROXIMITÉ

Etienne MOLLET Dôle

L'éducation thérapeutique est centrée sur le patient,

« ...sa finalité est l'autonomie du patient, c'est-à-dire la maîtrise de compétences et de représentations susceptibles de lui faire gérer harmonieusement, certes sous le contrôle du médecin, mais par lui-même, son traitement et sa vie » (Philippe BARRIER, IPCEM 2006)

Une telle définition implique au moins deux conditions de réalisation : que les patients aient toute leur place (participation active, contribution à l'élaboration et à l'évaluation), et que l' éducation thérapeutique soit effectuée à leur proximité.

<u>Qu'entend-on par « Education thérapeutique</u> de proximité » ?

Proximité dans l'espace :

accessibilité, c'est-à-dire organisation au plus proche (d'un point de vue géographique, mais aussi sociologique), des lieux de vie des patients, donc aussi décentralisée que possible (dans ce sens, se rendre dans un hôpital pour de l'éducation peut poser problème). Ce qui implique la participation active, mais non exclusive, des professionnels de santé de la ville : les médecins généralistes et les professionnels de santé non médecins qui collaborent à la prise en charge des patients.

Proximité dans le temps :

proximité entre les soins et l'éducation, car la maladie dans tous ses aspects est vécue par la même personne. L'idéal serait peutêtre que ces deux versants de la prise en charge soient effectués dans le même temps et par le même professionnel (sous réserve de la compétence), mais les conditions pratiques imposent le plus souvent des solutions approchées. Même s'il faut le plus souvent des structures-relais et des délégations, la question du lien soin/éducation reste posée, et avec elle l'implication des soignants de ville. Ceci vaut non seulement pour l'éducation « initiale », mais aussi et encore plus pour le suivi dans le temps (évaluation, compléments, adaptations...), indispensable sous peine d'échec annoncé : et quel autre cadre naturel existe-t-il pour ce suivi que la médecine et les soins de ville?

Le partage des tâches de l'éducation apparaît comme une autre nécessité : outre les médecins, notamment le médecin généraliste (qui ont un rôle essentiel à ne pas

« déléguer » complètement à d'autres professionnels), tous les autres professionnels qui croisent ou accompagnent le patient tout au long de son parcours ont leur contribution propre, en fonction du moment de leur intervention et de leur compétence : chacun apporte sa pierre, encore faut-il qu'elles se rejoignent toutes pour construire l'édifice : rôle essentiel d'une formation commune, pour des concepts et des outils communs, et de la coordination entre tous les intervenants. La question de la compétence en éducation thérapeutique est incontournable. Les formations actuellement disponibles en France (hors réseaux) restent rares, chères, d'un niveau d'exigence peu compatible avec l'exercice professionnel de ville. Le « bon compromis » entre qualité et faisabilité reste à trouver, des solutions innovantes sont expérimentées, voire proposées en routine dans les réseaux de santé, avec de façon systématique un caractère multiprofessionnel, car comment pourrait-on sinon espérer sur le terrain un travail collaboratif?

Toutes ces exigences sont celles des réseaux de santé : place et rôles du patient (notamment par son acte d'adhésion), décloisonnement entre la ville et l'hôpital et entre les divers professionnels, coordination inter professionnelle (notamment par le Dossier Patient Partagé), possibilité de formations multiprofessionnelles. Les réseaux de santé représentent actuellement des lieux privilégiés et une chance pour le développement de l'éducation thérapeutique de proximité.

Quelle est actuellement la situation dans les réseaux ?

La plupart des réseaux diabète donnent une place privilégiée à l'éducation thérapeutique, en groupe de patients ou en individuel. Avec des formules de mise en place assez variables : schématiquement, en fonction du rôle assumé par les professionnels de ville :

- Education proposée et assurée par des structures relais : équipes d'éducateurs « spécialisés » intervenant dans des lieux fixes ou se déplaçant sur le territoire du réseau en fonction des demandes, patients référés par les professionnels du réseau. Possibilités de soutien sous des formes diverses (coaching) notamment par des infirmières. Programmes « à la carte » proposés sur un calendrier prévisionnel. Différents modes de

coordination/transmission aux MG (dossiers informatisés ou papier). Modèle proche des structures d'éducation traditionnelles dans les hôpitaux, mais sur un mode décentralisé, ou pouvant se rapprocher du « disease management » : ce n'est pas la formule habituelle des réseaux

- Education assurée par les professionnels de ville : c'est le concept du « soignantéducateur ». Solution « opposée » à la précédente, qui implique pour un maximum de soignants une formation à l'éducation thérapeutique, effectuée par le réseau lui-même sur des durées variables (3 à 5 journées ou équivalents). Les « binômes » d'éducateurs (MG + IDE, ou 2 IDE, ou IDE + diététicienne ou podoloque...) appliquent pour des groupes de patients un programme structuré (5 à 7 séances) ou des interventions « à la carte ». Modèle « ASAVED » appliqué avec des variantes à REDIAB (Côte d'Opale), GEN-TIANE (Franche Comté), DIABVIRE, VICHY Diabète ...
- Formules « mixtes » : les professionnels de ville sont formés de façon thématique /diabète ou polyvalente (maladies chroniques, soins palliatifs...) à l'écoute, au diagnostic éducatif, ils ont un rôle de coordonnateurs pour orienter si nécessaire les patients vers les ressources du réseau, et pour assurer le suivi éducatif. Modèle le plus fréquemment retrouvé, avec des modalités diverses selon les ressources du réseau : DOUAI pôle santé, REVEDIAB, HAUTE ALSACE...

Peut-on comparer avec d'autres formules d'éducation thérapeutique en dehors des réseaux ?

- dans les hôpitaux : c'est là qu'est née et a été élaborée l'ET en groupes de patients, et toutes les expériences ultérieures s'en sont inspirées, même si c'est pour s'en démarquer plus ou moins. Forte d'une expertise de plus de 30 ans, elle se poursuit dans presque tous les services de diabétologie de France. Les principales limites de l'ET hospitalière sont d'une part le faible nombre de patients concernés (ils viennent en général des hospitalisations et consultations hospitalières), d'autre part les difficultés de suivi, par manque de coordination avec les MG et autres professionnels de ville.
- en médecine libérale spécialisée (diabétologues) ou générale : l'exercice libéral rend extrêmement difficile une pratique

reconnue et valorisée d'ET soit en groupe de patients, soit en consultation individuelle, du fait de l'absence d'une nomenclature « à l'acte », et ceci en dépit d'une authentique compétence acquise par un certain nombre de professionnels (formations IPCEM notamment)

- dans les Maisons du Diabète : l'ET est l'une des activités de base des Maisons du Diabète, notamment concernant la diététique et l'activité physique. Les possibilités demeurent limitées en raison de leur relatif faible nombre. Plusieurs Maisons du Diabète travaillent en partenariat avec des réseaux de santé, une reconnaissance mutuelle étant établie entre la Fédération des Maisons du Diabète et l'ANCRED (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète)
- des formules proches du « disease management », tel qu'il se pratique aux USA ou en Allemagne, sont expérimentées en France (par des structures de l'assurance maladie ou la MSA). Le principe est la « sous-traitance » de l'ET, ou plus généralement du soutien des patients, par un prestataire extérieur, directement aux patients avec la collaboration plus ou moins étendue des médecins traitants (qui dans bien des cas, notamment aux USA, peuvent se retrouver quasiment exclus) (Cette formule a fait l'objet d'un récent rapport de l'IGAS (septembre 2006), et pourrait être appelée à se développer en France ?)

En quoi les réseaux de santé peuvent ils représenter « une chance » pour l'éducation thérapeutique ?

- coordination : l'ET, centrée sur le patient,

- concerne et fait intervenir tous les professionnels de santé que le patient est amené à rencontrer : médecins généralistes, diabétologues, spécialistes d'organe, qu'ils soient hospitaliers ou « de ville », IDE, diététiciennes, podologues, pharmaciens.... L'outil principal de cette coordination, déjà opérationnel dans de nombreux réseaux, est le DPP (Dossier Patient Partagé), qui devrait à terme communiquer avec le DMP (Dossier Médical Patient, en principe opérationnel dès 2007)
- formation : dans les réseaux, tous ces professionnels peuvent être sensibilisés et formés à l'ET. Une question difficile est celle du bon compromis : ni trop ni trop peu, quels sont les fondamentaux d'une formation à l'ET pour des soignants de ville, à la fois accessible et opérationnelle ?

Une partie non négligeable du budget de nombreux réseaux est consacrée à la formation à l'ET, notamment pour l'indemnisation des libéraux. Une piste très intéressante est la mutualisation des formations entre différents réseaux : enrichissement mutuel et réduction des coûts ! (voir l'expérience de la Fédération des réseaux de Franche Comté, rapportée par C. Zimmermann).

- décentralisation : si l'ET (cas de figure habituel) est effectuée, partiellement ou non, par des structures-relais, celles-ci sont installées au plus près des lieux de vie des patients, ou se déplacent à l'intérieur de la zone d'activité du réseau.
- la décentralisation au niveau des <u>territoi-res</u> de santé rend possible la mutualisation de l'ET entre plusieurs réseaux de santé de thèmes différents, généralement

- autour de la « maladie chronique », ou directement aux usagers du territoire concerné, dans des « maisons de l'éducation » ou « espaces santé » : projet avancé par la CNR (Coordination Nationale des Réseaux), en cours de réalisation dans plusieurs régions. Ce passage du « thématique » au « transversal », réalisé d'emblée dans certains réseaux, est actuellement un mouvement de fond impliquant de nombreux réseaux diabète.
- valorisation : la « reconnaissance de l'acte d'éducation thérapeutique » en médecine libérale, revendiquée de longue date par les professionnels, ne semble pas à l'ordre du jour... Quelles sont actuellement les possibilités en France de valorisation de l'ET ? Outre la rémunération (salaires ou vacations) de personnels spécialisés dans certaines structures-relais (réseaux, mais aussi maisons du diabète, organismes d'assurance maladie, mutuelles...), la seule voie en pratique est la « rémunération spécifique » dérogatoire dans le cadre des réseaux depuis 2002, date de la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) instituant la DNDR (Dotation Nationale Pour le Développement des Réseaux). Plusieurs formules sont déjà opérationnelles pour l'éducation de groupes de patients, pour des niveaux de rémunération comparables aux activités de soins. La rémunération de l'ET en « individuel » est moins répandue, plus difficile à mettre en place. Le passage sur le compte « risque » de l'assurance maladie, souhaité par beaucoup, ne semble pas actuellement envisagé de façon large, mais seulement dans le cadre des réseaux.

Les réseaux sont donc d'ores et déjà des lieux privilégiés pour l'éducation thérapeutique. Mais il ne faut surtout pas imaginer à partir de cette présentation un aboutissement pleinement satisfaisant! Les réseaux ne détiennent pas la vérité, mais une de leurs forces est d'avoir été confrontés dès l'origine (et parfois même avant!) aux dures réalités du « terrain », à l'obligation d'innover et d'expérimenter des solutions pragmatiques, souvent artisanales, parfois utopiques...et de moins en moins imparfaites...Ce sont des avancées, parmi d'autres qui leur sont complémentaires : le champ de l'ET et les besoins des patients sont tellement vastes qu'il y a place pour le travail de tous!!

QUEL RÔLE POUR LE PHARMACIEN EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Les pharmacies sont des lieux d'accueil pour les patients, gratuits et sans rendez-vous. C'est une des forces de la pharmacie d'officine, la pharmacie de quartier. Le maillage actuel de la pharmacie d'officine en France est remarquable et envié. Le pharmacien en analysant la demande du patient va pouvoir le conseiller, l'informer et/ou l'orienter vers un autre professionnel de santé. Le conseil est gratuit et ne s'accompagne pas systématiquement d'une vente.

Si le patient présente une ordonnance, le pharmacien va réaliser la dispensation de l'ordonnance, acte qui implique de nombreuses vérifications. Lors de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, le pharmacien est amené à questionner le patient et/ou le prescripteur pour s'assurer de l'adaptation du médicament au patient. L'aboutissement de l'acte est de donner aux patients les médicaments adéquats accompagnés des conseils de bon usage. L'information et le conseil au comptoir sont des informations descendantes. Cependant dans leur pratique quotidienne, nombreux pharmaciens vérifient la compréhension du patient pour son traitement en lui faisant reformuler sa façon de faire ou ce qu'il a compris. La règle de la sécurité sociale pour le remboursement des médicaments obligeait le patient à revenir à la pharmacie tous les 28 jours lorsque la prescription était renouvelable plusieurs fois. Cette venue était l'occasion de faire passer les messages rapides sur la thérapeutique ou le régime associé, de détecter des effets indésirables, de s'assurer du bon usage ou des manques d'observance en essayant d'en comprendre les causes. La mise en place de conditionnement de 3 mois pour minimiser le coût et parfois éviter des interruptions de traitement fait que le patient ne verra le pharmacien que quatre fois par an à la place de douze. De plus le patient venant à sa convenance, il n'est pas systématiquement suivi par le même pharmacien. Les systèmes d'information des officines permettent cependant d'avoir un dossier pharmaceutique partagé assurant aux pharmaciens de l'officine d'avoir un suivi commun du patient.

Les pharmaciens ont signé depuis mi-2006

une convention avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). L'objectif de la convention est de s'engager dans une démarche de recherche d'amélioration de la qualité de la dispensation pharmaceutique. Dans les objectifs de qualité fixés par la convention, le développement de l'éducation thérapeutique des patients est inscrit. Les pouvoirs publics et la profession ont la volonté de voir développer cette activité au bénéfice du patient. Les objectifs d'un programme éducatif sont de faciliter le suivi, l'observance et l'autonomie d'un patient en traitement de longue durée, par une transmission adaptée de connaissances et de compétences et diminuer l'iatrogénie. L'éducation est importante pour les pathologies chroniques atopie, asthme, diabète, douleur hypertension, infection par le VIH, insuffisance cardiaque, traitement par anticoagulants, polyarthrite rhumatoïde, maladie mentales, alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, etc...mais elle doit également se faire sur l'éducation à la santé - usage du médicament en général, contraception, vaccination, - et notamment dans le domaine de la prévention, rôle réaffirmé du pharmacien. L'éducation à l'utilisation des dispositifs médicaux pour la voie pulmonaire dans l'asthme, le diabète de type 2, de stylos injecteurs rechargeables pour l'administration sous-cutané des médicaments (insuline, facteurs de croissance, hormones de croissance...) devraient être intensifiée notamment par l'initiation de prescriptions par les médecins libéraux et plus uniquement lors d'une hospitalisation. Le développement d'appareil d'automesure pour la tension, la glycémie, l'INR répond aux mêmes besoins d'éducation pour optimiser leur utilisation et l'attitude à adopter en fonction du résultat. Le rôle bénéfique des interventions du pharmacien au sein d'équipes pluridisciplinaires a été largement reconnu et prouvé dans de nombreuses études. Les interventions ne se limitent pas à l'éducation thérapeutique, elle passe par la prescription encadrée (ajout, adaptation de posologie ou retrait de médicament). Ces dernières années c'est surtout en milieu hospitalier que les pharmaciens ont

Olivier Bourdon Pharmacien hôpital Robert Debré, Maître de conférence en Pharmacie clinique Université René Descartes Paris 5

participé à la définition des programmes d'éducation ou participent eux-mêmes aux programmes d'éducation thérapeutique. Dans le domaine du VIH, en raison des risques de résistances en cas de mauvaises observance des « consultations d'observances » se sont développées dans les hôpitaux. Les pharmaciens les réalisent seuls ou associé avec des psychologues. Ces consultations sont demandées par les cliniciens ou mise en place systématiquement suite à l'annonce de la séropositivité ou avant la mise en place d'un traitement médicamenteux. La connaissance plus approfondi du patient et des possibilités thérapeutiques font que le pharmacien éducateur pourra plus facilement proposer des alternatives thérapeutiques adaptée au patient, en lui faisant exprimer les besoins réels. Le pharmacien qu'il exerce à l'officine ou à l'hôpital est un partenaire dans l'éducation thérapeutique, depuis la conception du programme jusqu'au séances d'éducation. Les réseaux de santé formalisés sont propices à la mise en place de tels programmes.

Pour être acteur en éducation, les pharmaciens ont compris qu'ils doivent se former spécifiquement à cette activité, utiliser leurs connaissances de pharmacien pour la développer et amener à l'équipe pluridisciplinaire leurs compétences spécifiques. Universités ont pris conscience de ce nouveau rôle du pharmacien et initié des informations et/ou des programmes au niveau de la formation des pharmaciens d'officine et de la formation des internes, futurs pharmaciens hospitaliers. Le conseil et l'information du bon usage font partie intégrante de la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux qu'ils soient prescrits par le médecin ou le pharmacien.

L'éducation a pour but de changer le comportement des patients ou de comprendre leur comportement et s'adapter à eux, cet acte par le temps qu'il nécessite -15 à 45 minutes par consultation- et l'organisation qu'il nécessite de mettre en place doit être pris en compte comme un acte spécifique et rémunéré en tant que tel pour les pharmaciens pour assurer son développement et produire les résultats escomptés.

BIBLIOGRAPHIE

Emmerton L, J Marriott, T Bessell, L Nisssen, L Dean. Phamacists and prescribing rights: review of international developments. J Pharm Phramaceut Sci 2005;8:217-225.

Ragucci K, J Fermo, A Wessell, E Chummey Effectiveness of pharmacist-administered diabetes mellitus education and management services. Pharmacotherapy 2005;25:1809-1816.
Shojania K, S Ranji, K McDonald, J Grimshaw, V Sundaram, R Rushakoff, D Owens. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis.
JAMA 2006;296:427-439.

Place des groupes psycho-éducationnels en cancérologie

Sylvie Dolbeault Paris

Durant les dernières décennies et avec l'accroissement des échanges concernant les expériences psychothérapiques menées dans divers pays aux normes culturelles variées, le concept d'éducation thérapeutique a peu à peu émergé en France et trouve aujourd'hui un développement visant à lui conférer une place légitime dans le processus de soins, par contraste avec l'intégration partielle et disparate qui pouvait en être faite jusque-là dans certains domaines de la médecine.

L'éducation thérapeutique a pour objectif principal d'aider le sujet confronté à l'irruption de la maladie dans sa vie - ce d'autant plus qu'elle est brutale, inattendue, non symptomatique - à en acquérir une bonne connaissance pour pouvoir l'affronter et l'intégrer dans son expérience de vie, développant ainsi son autonomie. Le concept d'éducation thérapeutique s'applique en particulier aux situations de maladies chroniques ou celles qui engendrent des symptômes invalidants (Ivernois et Gagnavre. 2001). Il comporte trois axes indissociables : l'information - qui donne au patient la possibilité d'évaluer la situation dans laquelle il se trouve; l'éducation - qui lui permet de mieux contrôler les événements qui déstabilisent son quotidien; le soutien émotionnel, corollaire indispensable des démarches informatives et éducatives qui aident le patient à "tenir" dans la durée et à mobiliser ses propres ressources (Razavi et al.,. 2002).

Nous souhaitons montrer ici en quoi le groupe psycho-éducationnel représente un modèle d'intégration de la notion d'éducation thérapeutique en cancérologie (Cain et al., 1986; Fawzy et Fawzy, 1998b). La littérature, aujourd'hui abondante sur ce sujet, a largement démontré l'efficacité de ce type d'approche (Meyer et Mark, 1995; Sheard et Maguire, 1999). A noter que la Société Francaise de Psycho-Oncologie a organisé pour la première fois en 2003 un congrès portant sur le thème de l'éducation thérapeutique en cancérologie, au cours duquel notre expérience avait été présentée (Dolbeault et al., 2003).

Présentation du groupe PSYCHO-ÉDUCATIONNEL

A l'Institut Curie, depuis 6 ans, des groupes psycho-éducationnels sont proposés à des patientes atteintes de cancers du sein non métastatiques, à l'issue de leur traitement. Cette intervention consiste en l'association d'informations et de techniques cognitivocomportementales à des discussions de type soutien-expression. Elle est encadrée par des intervenants professionnels qui animent des séances structurées et affichent une ambition thérapeutique modérée (Cayrou, 2002).

Un certain nombre de principes caractérisent le fonctionnement des groupes psycho-éducationnels, les différenciant du classique « groupe de parole », et permettent plus particulièrement de mettre l'accent sur leur dimension éducative.

L'engagement des patientes à ces groupes est conditionné par leur motivation et leur désir actif de participation ainsi que par leur engagement à suivre l'ensemble des séances. Il s'agit d'un groupe fermé comprenant 8 à 12 patientes qui se trouvent dans les 12 mois qui suivent la fin de traitement de radiothérapie. Le programme des séances est structuré et défini à l'avance. Les thématiques abordées sont déterminées avec l'ensemble des participantes lors de la première séance.

Deux animateurs formés aux techniques de groupe en assurent le bon fonctionnement, eux-mêmes étant compétents dans le domaine de la psycho-oncologie et ayant des connaissances dans le domaine oncologique afin d'anticiper les préoccupations des malades. Ils animent les séances et encadrent les échanges, pouvant être amenés à les recadrer chaque fois que nécessaire, notamment pour permettre la meilleure distribution possible de la parole, et dans l'optique de faire cohabiter écoute, empathie et remise d'informations.

Du matériel didactique est utilisé pour compléter les échanges verbaux et représente un support utile aux participantes, leur permettant de reprendre certains thèmes à distance des séances, et en quelque sorte prolonger les apprentissages effectués avec et dans le groupe.

Le contenu de ce programme psycho-éducationnel recouvre à la fois la remise d'un certain nombre d'informations "objectives" et l'initiation à un certain nombre de techniques de gestion du stress. Toutes relèvent de la transmission d'un savoir.

Le travail se fait pendant les séances mais aussi entre les séances, puisque les participantes se voient confier des tâches cognitivo-comportementales à domicile, qui permettent de préparer le thème de la séance suivante. Elles sont par ailleurs vivement encouragées à pratiquer la relaxation régulièrement à leur domicile, afin de s'approprier progressivement cette technique de

gestion du stress et des émotions, de l'intégrer dans leur quotidien.

Au même titre qu'elles participent à la structuration du programme, les patientes sont associées à son évaluation et un retour d'information est organisé, via des questionnaires d'auto-évaluation et si besoin des entretiens individuels de fin de groupe. Le processus éducatif s'établit à différents niveaux entre les acteurs du groupe psycho-éducationnel entre animateurs et participantes, mais aussi entre les participantes elles-mêmes. Le principe d'échange d'expériences entre pairs est bien sûr au centre de ce processus de transmission.

Enfin, on ne peut négliger la dimension de lien social qui s'établit du fait du fonctionnement du groupe qui réunit ces femmes de façon hebdomadaire pendant plus de deux mois. De nombreux groupes se terminent d'ailleurs par le renforcement de liens entre les participantes, sur un versant plus amical, et nombre d'entre elles éprouvent le besoin d'organiser une suite, après la fin du groupe ...

CHOIX DU MOMENT DU GROUPE

Les groupes psycho-éducationnels peuvent être envisagés à différentes phases de la maladie, du traitement et du post-traitement, sachant les besoins en matière d'éducation thérapeutique sont très fluctuants selon les étapes de la maladie et de la réhabilitation. Dans le souci de former des groupes de patients aux problématiques comparables et ayant une pathologie suffisamment fréquente pour ne pas avoir à gérer des problèmes de recrutement, notre choix s'est orienté sur la population des femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique se trouvant dans la phase du posttraitement initial (quinze jours à un an après la fin du traitement de radiothérapie adjuvante).

Après la période de crise liée à l'annonce du diagnostic puis à celle du traitement, la phase du post-traitement est souvent associée à une diminution globale de la détresse émotionnelle, à une démobilisation psychique, à un désir de retour à une "vie normale" autonome, et nécessite l'adaptation du sujet aux séquelles de la maladie, qu'elles soient réversibles ou non. Il s'agit d'une période de transition, marquée par le changement de statut du sujet qui passe de l'état de malade à l'état de "survivant". Le sujet se trouve ainsi souvent dans un état

d'équilibre précaire entre le soulagement d'être en rémission et la peur d'une récidive (McQuellon et al., 1998; Razavi et al., 2002).

Proposer à des femmes d'intégrer un groupe psycho-éducationnel à cette phase est un moyen de légitimer la détresse psychologique qui peut survenir à la fin, voire même à distance de la fin des traitements. Le patient n'est plus sur "les rails" du traitement curatif dans le contexte médical très cadrant dont on décrit volontiers la fonction contenante. Il peut - il y est parfois contraint - envisager la reprise de ses investissements antérieurs, qu'il s'agisse du retour à la vie professionnelle, ou de la reprise de son rôle antérieur dans le couple, la famille, le cercle amical et social. Il recommence à penser à son devenir et à ouvrir des perspectives. Pour réussir cette étape, le patient doit pouvoir intégrer sa maladie à son quotidien et renoncer à l'idée illusoire d'un retour à l'état antérieur. Un des objectifs à cette période du post-traitement est d'aider le patient à vivre avec une perception réaliste des risques inhérents à sa maladie, dans un moment où il est souvent en proie à un sentiment d'incertitude douloureuse.

L'apport éducatif à cette étape du parcours de soins a plusieurs objectifs : diminuer l'anxiété à l'égard de la maladie - notamment au travers de la remise d'informations (McQuellon et al., 2002); diminuer le sentiment d'incertitude ; rendre au sujet un sentiment de contrôle sur certains événements qui pouvaient l'avoir jusque là submergés ; favoriser la communication entre médecin et patient. Il accroît la motivation du sujet et encourage sa participation active à la phase de réhabilitation. Les programmes éducatifs se basent sur la fixation d'objectifs concrets que le patient est amené à réaliser un à un, de manière quidée.

CONTENU DU GROUPE PSYCHO-ÉDUCATIONNEL

Depuis 20 ans, de nombreuses expériences ont été décrites, permettant d'enrichir la connaissance pragmatique de cette approche groupale (Fawzy et Fawzy, 1998a; Kissane et al., 1997; Classen et al., 2001). Répondant à la définition du contenu de l'éducation thérapeutique, le groupe psycho-éducationnel est axé sur les trois champs interdépendants de l'information, de l'apprentissage sur soi et sur sa maladie, du soutien émotionnel. Il associe un certain nombre de techniques thérapeutiques, s'appuyant sur le principe de la délivrance d'un

soutien de diverses natures : soutien informationnel (par les échanges d'informations), soutien émotionnel (par la restructuration cognitive), soutien pragmatique et matériel (par la technique de résolution de problèmes). Il donne aux patients des outils pour mieux communiquer (technique du jeu de rôle) et pour s'initier à la relaxation.

1 - L'échange d'information

La remise d'information a un certain nombre de fonctions : elle diminue le sentiment d'incertitude de l'avenir : elle dédramatise ou apporte des nuances au raisonnement cognitif du patient qui associe souvent, en première intention, la survenue du cancer à la notion de létalité (ceci d'autant plus que le patient a des expériences antérieures traumatiques) et permet d'atténuer les préoccupations anxieuses excessives, ou encore le sentiment de désespoir ou d'impuissance. Elle cherche en particulier à éviter la propagation de cognitions erronées, qui sont fréquemment associées à un risque de mauvaise compliance. Elle amène le patient à intégrer le besoin de traitement. Elle favorise la réhabilitation tout en aidant le patient à effectuer le travail de renoncement à son état de santé antérieur. Elle améliore la relation médecin-malade (Razavi et al., 2002). Elle représente une étape incontournable à ce moment particulier de l'entrée dans la phase de surveillance - qui nécessite la remise d'informations sur les notions de rémission complète ou partielle, de risque de récidive ou de rechute etc...

On y inclut les informations "objectives" concernant la maladie et ses traitements (nature de l'affection et des traitements : causes multifactorielles des cancers du sein ; différence entre hérédité et génétique ; description des procédures médicales, effets secondaires attendus; organisation de la surveillance, fréquence du suivi, fiabilité des examens de surveillance etc ...) et d'autres, qui relèvent plutôt des réactions émotionnelles du patient confronté à la maladie tumorale (légitimation des événements psychiques concomitants de la découverte de la maladie, du traitement, de l'entrée dans la phase de surveillance ; diversité des modes d'adaptation etc...). Les modalités d'information durant les séances des groupes psycho-éducationnels sont diverses. L'information orale, délivrée au cours des séances est bien sûr au centre de ce processus. Les animateurs sont vigilants quant au principe de la remise d'informations qui doivent rester d'un niveau très général, alors que nombreuses sont les patientes qui espèrent obtenir des réponses

à des questions portant sur leur situation

médicale personnelle. La transmission orale peut être complétée par la remise de documents écrits, qui peuvent avoir la fonction de "pense-bête", ou encore compléter des informations qui ont circulé par oral. Il peut s'agir de la transmission de documents écrits, l'évocation de titres d'ouvrages d'articles de la grande presse ou d'articles spécialisés, d'adresses de sites internet, d'adresses d'associations utiles etc. La structure du groupe psycho-éducationnel encourage les patientes à aller rechercher activement par elles-mêmes de l'information, en leur montrant l'intérêt constructif d'acquérir des connaissances qui répondent à des besoins propres. Ainsi favorise-t-on largement dans le groupe la stratégie de recherche d'informations, répondant au principe de coping actif.

2 - La restructuration cognitive

Un certain nombre d'auteurs s'accordent sur le danger des informations délivrées « en excès » alors que le patient n'a pas suffisamment de ressources internes ou de soutien externe dans le même temps. Les cliniciens ont tous expérimenté l'impossibilité cognitive pour un patient en état de choc émotionnel d'assimiler ce qui lui est dit, ainsi que la fréquence des dysfonctionnements de la relation médecin-malade qui en sont l'issue, en l'absence de reconnaissance de cette difficulté.

Aussi, l'éducation thérapeutique dans le domaine de la cancérologie doit-elle considérer ce deuxième aspect à un même niveau d'importance que les informations plus médicales ou techniques habituellement délivrées. C'est en effet en grande partie de l'adaptation psychique du patient à sa maladie que va dépendre son confort psychologique, émotionnel, voire existentiel.

On se situe ici dans le registre de « l'éducation émotionnelle ». Un certain nombre de techniques, principalement issues des thérapies cognitivo-comportementales, semblent particulièrement adaptées pour répondre aux besoins émotionnels émergeant dans le contexte des groupes psychoéducationnels - à la condition d'être initiées dans un climat d'écoute et d'empathie nécessaires à l'émergence d'une relation de confiance réciproque. Interactives et accessibles à tous, leur objectif est d'apprendre au patient à détecter et repérer ses émotions, à en discriminer les différents types et intensités, mais aussi à verbaliser les émotions perçues et à les contrôler.

La restructuration cognitive a pour objet d'amener progressivement le patient à identifier ses émotions et ses pensées; à repérer ses comportements fonctionnels mais aussi ceux, plus dysfonctionnels, qui peuvent entraver le processus d'adaptation. Elle l'incite à trouver d'autres modes d'analyse cognitive d'une situation donnée. Elle permet la remise en cause d'un certain nombre de croyances irrationnelles bien ancrées, qui maintiennent parfois le sujet dans une impasse cognitive sans issue.

3 - La résolution de problèmes

Contenue dans la notion de soutien pragmatique et matériel, troisième axe visé par le groupe, le patient recherche par cette technique, et avec l'aide du groupe, des solutions à des problèmes très concrets auxquels il peut se trouver confronté dans son quotidien. Il s'agit d'une approche ciblée, centrée sur des symptômes ou problèmes dont le patient reconnaît le caractère invalidant, et la nécessité de le dépasser en changeant d'attitude ou de comportement. On cherche ici à améliorer sa stratégie de coping actif. On observe souvent l'interactivité des échanges entre participantes qui réalisent ainsi qu'elles ne sont pas les seules à être confrontées à ces difficultés, et trouvent de multiples pistes au travers des échanges d'expériences et de solutions avec les pairs.

4 - Le jeu de rôle

Améliorer sa capacité à communiquer dans des situations difficiles représente une problématique très fréquemment avancée par les patientes. Le jeu de rôle, qui représente une pièce maîtresse de l'éducation à la communication, est l'une des manières d'y répondre. Par le recours à une mise en scène et à un certain nombre de techniques communicationnelles simples (comme par exemple : faire de l'empathie ; dire « je » ; utiliser la méthode du disque rayé ; mettre des limites ; énoncer clairement et concrètement sa proposition; utiliser la communication non-verbale etc...), cette technique permet une mise à distance, une dédramatisation, une mise en acte d'un changement possible.

5 - La relaxation

Les techniques corporelles représentent pour des patients souvent novices, un excellent moyen de se focaliser sur les sensations corporelles, de se relaxer et de retrouver une certaine maîtrise de leur corps. Dans notre groupe psycho-éducationnel, la relaxation est pratiquée à la fin de chaque séance et permet d'établir une distance avec les émotions soulevées plus tôt. Il s'agit d'une technique musculaire active et progressive, avec une augmentation progressive du temps de relaxation de 5 à 20 minutes. Les patientes sont invitées

à poursuivre cette initiation par une pratique régulière à leur domicile.

AVANTAGES ET LIMITES DU GROUPE

On peut dénombrer un certain nombre d'avantages à la pratique des groupes psycho-éducationnels.

L'approche groupale convient bien à un certain nombre de patients qui expriment une réticence à l'idée d'une prise en charge individuelle, qu'ils considèrent comme stigmatisante.

La proposition de participation à un groupe psycho-éducationnel à la fin de la phase de traitement légitime les besoins psychologiques qui peuvent émerger à ce moment. Elle permet à ses participantes de rompre avec les sentiment d'isolement, d'exclusion, de marginalisation liés à l'expérience de la maladie.

Comme développé plus haut, le processus d'éducation thérapeutique est favorisé par la présence du groupe : échange de savoirs et de savoir-faire entre pairs; transferts de compétences; utilisation des expériences de ses participants pour aider une information à circuler; soutien actif procuré par les relations interpersonnelles; le tout se jouant sur un terrain moins "affectif" que dans d'autres modalités de groupes (par exemple les groupes de parole).

Le travail en groupe offre au patient la possibilité de s'interroger sur sa position à l'égard de sa maladie et de ses traitements; et par là même, à l'égard des soignants. Un certain nombre de patients font évoluer leurs attitudes à la recherche d'une position plus active, participative, dans leur relation aux soignants.

En miroir, on se doit de souligner un certain nombre de limites ou de risques associés à la proposition de groupes psycho-éducationnels en oncologie ou de tout modèle qui renforce la dimension éducative. Tout d'abord, le travail en groupe ne permet pas de connaître les besoins, le vécu, les difficultés du patient aussi bien que dans le cadre d'une approche individuelle. Il ne permet pas d'apprécier avec autant de finesse la qualité de l'intégration des informations déjà remises ou la compréhension d'informations nouvellement transmises. Il rend la personnalisation des besoins en support émotionnel de chaque patient plus hypothétique.

Le patient qui y participe se trouve doté d'une expérience nouvelle, non partagée avec ses proches, et il est du ressort de chaque patient de prendre en compte son statut de « porteur d'information » et d'assumer ou non un rôle de messager.

Enfin, et il s'agit d'une limite de taille, on considère que le principe d'éducation thérapeutique ne devient fonctionnel que si les soignants suivent et évoluent en parallèle avec leurs patients. En l'absence de ce processus, on peut être amené à constater un décalage entre patients et corps soignant, avec les risques qui s'y associent d'incompréhension, voire l'agressivité réciproque. A l'inverse de ce qui a été souligné plus haut comme un avantage des techniques psycho-éducationnelles, on ne peut occulter les expériences traumatiques vécues par certains patients qui se confrontent à des organisations de soins plus « traditionnelles » ou à tendance paternaliste, et où le patient – demandant à être partenaire de sa prise en charge médicale - se voit rejeté par le soignant qui le remet à sa place, en lui rappelant quelle est la répartition des rôles....

Ces dimensions doivent être anticipées dans le cadre des groupes psycho-éducationnels, au risque de renforcer un certain nombre d'impasses communicationnelles.

CONCLUSION

Avec l'évolution sociale et culturelle des dernières décennies en France, on assiste à des changements de statut et de rôle des patients atteints de cancer. Ceux-ci ont aujourd'hui accès à beaucoup d'information – parfois à l'extrême et l'on observe alors les conséquences de la surinformation – mais ce changement n'est pas toujours associé au développement conjoint d'un soutien émotionnel ou social. Les groupes psychoéducationnels nous semblent représenter une des manières de répondre à cette difficulté

La pratique des groupes psycho-éducationnels en oncologie nous offre une expérience
clinique riche et concluante, confortée par
le haut niveau de satisfaction exprimé par
les participantes. Les techniques cognitivocomportementales utilisées en groupe nous
semblent s'adapter parfaitement à notre
population et répondent aux besoins exprimés d'information, d'éducation et de support émotionnel. Ces groupes représentent
une alternative ou un complément à l'approche psycho-oncologique individuelle, et
doivent trouver leur essor en France, sur les
pas des pays anglo-saxons rodés à ces
méthodes.

Ils illustrent l'engagement du patient dans le processus d'éducation thérapeutique, du fait de son mode de participation, des contenus informatifs et éducatifs associés à la dimension de soutien, inhérents à cette approche groupale. En parallèle, ils pointent la responsabilité de l'équipe soignante dans la réussite du processus d'éducation thérapeutique, tant par les contenus informatifs qui sont donnés que par les attitudes de cohérence et de complémentarité dont les soignants doivent savoir faire preuve.

Si la médecine moderne intègre désormais les aspects informationnels et communicationnels comme une des données fondamentales de son savoir-faire, l'éducation thérapeutique devient partie intégrante des soins.

La mise en place d'une démarche qualité dans ce domaine s'organise autour d'une approche centrée sur un patient à la recherche de la plus grande autonomie possible pour intégrer l'expérience de la maladie, aidé par des soignants susceptibles de repérer ses besoins et ses attentes. Le développement de groupes psycho-éducationnels centrés sur les problématiques des patients atteints de cancer en représente une excellente application.

BIBLIOGRAPHIE

- . Cain EN, Kohorn et al. (1986) Psychosocial benefits of a cancer support group. Cancer, 57, 183-189
- . Cayrou S (2002) Evaluation des effets d'une intervention de groupe de type psycho-éducationnel sur des femmes atteintes de cancer du sein : étude randomisée. Thèse pour l'obtention du doctorat en psychologie, Université Toulouse II
- . Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMeceli S, Giese-Davis J, Fobair P, Carlson RW, Kraemer HC, Spiegel D (2001) Supportive-expressive group-therapy and distress in patients with breast cancer: a randomized clinical intervention trial. Archive of General Psychiatry, 58 (5) 494-501
- . Dolbeault S, Cayrou S, Viala AL (2003) Les groupes psycho-éducationnels : un modèle éducatif pour les patients atteints de cancer. Revue Francophone de Psycho-Oncologie, 4 (2) 155-160.
- . Fawzy FI, Fawzy NW (1998a) Group therapy in the cancer setting. Journal of Psychosomatic Research 45, 191-200
- . Fawzy Fl, Fawzy NW (1998b) Psycho-educational interventions. in Handbook of Psycho-Oncology. Holland J.C., 682-693
- . Fournier C (1999) Décrire et analyser les programmes d'éducation des patients. La santé de l'homme. N° spécial mai-juin , 341 · 15-16
- . Heinrich RL, Coscarelli SC (1985) Stress and activity management : group treatment for cancer patients and spouses. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 439-446
- . Ivernois (d') JF, Gagnayre R (2001) Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. AdSP, 36, 11-13
- . Kissane D, Bloch S, Miach P et al. (1997) Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer techniques and themes. Psycho-Oncology, 6, 25–33
- . McQuellon RP, Wells M, Hoffman S et al. (1998) Reducing distress in cancer patients with an orientation programm. Psycho-Oncology, 7, 207-217
- . Meyer TJ et Mark MM (1995) Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients : a meta-analysis of randomized experiments. Health Psychology,14 (2) 101-108
- . Nauts HC (1984) Breast cancer: immunological factors affecting incidence, prognosis and survival? Cancer Research Institute Monograph, New York, 18, 117-131
- . Razavi D, Delvaux N, Merckaert I, Roe F (2002) Information et éducation. dans : Interventions psycho-oncologiques : la prise en charge du malade cancéreux. Collection Médecine et Psychothérapie, Masson, 2ème édition, 61-109
- . Sheard T, Maguire P (1999) The effect of psychosocial interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. British Journal of Cancer 80 (11) 1770-1780

Résumés 2007

01

La CHECK-LIST: UN OUTIL D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN PRATIQUE LIBÉRALE.

Corinne Lefaucheur-Vatin Centre de consultation FOULD ; 65000 Tarbes

La difficulté de l'éducation thérapeutique en cabinet libéral tient à ce que les pratiques éducatives libérales prennent souvent la forme de consultation mixte de soin et d'éducation. Elles sont plus souvent basées sur de l'information plutôt qu'une réelle éducation.

En effet, l'éducation doit être intégrée au soin dans le cadre de nos cabinets médicaux mais il est inutile d'aborder plusieurs objectifs en même temps sous peine que le patient n'en retienne aucun.

De plus, il est fondamental de partir des connaissances du patient pour établir une stratégie éducative et il est important qu'un patient puisse suivre un programme d'éducation de façon à aborder tous les objectifs pédagogiques au cours de consultations successives. Sur ce constat, un groupe de Diabétologues libéraux de Midi Pyrénées a élaboré un ensemble de fiches récapitulant les objectifs indispensables au savoir et au savoir-faire dans plusieurs circonstances de vie :

Instauration d'une insulinothérapie en ambulatoire; Auto surveillance; Hypoglycémies; Acétone; Pied diabétique. Chaque fiche a été conçue et testée par 3 diabétologues du groupe de réflexion. Notre équipe s'est attachée à l'étude de la Fiche "pied diabétique" qui permet :

- d'explorer non seulement les connaissances (le savoir) du patient, mais aussi ses possibilités physiques (aptitude) à examiner ses pieds (vue, souplesse) ou bien l'aide possible par l'entourage ainsi que son savoir-faire de s'adapter au besoin de connaissances du diabétique en fonction du niveau de risque podologique
- et de l'évolution de sa santé et de ses potentialité au cours du temps. Ces 5 fiches sont rassemblées en une check-list qui permet une planification du programme d'éducation thérapeutique et une évaluation du processus d'apprentissage selon des échelles de mesure de type "acquis / non acquis". Cette évaluation sera notée sur une grille intégrée au dossier du patient, ce qui :
- incite le patient à renforcer ses acquisi-

tions et favorise de nouveaux apprentissages en fonction des évènements de vie et des innovations thérapeutiques - débouche sur des réajustements éducatifs pour le patient et son entourage (processus d'évaluation formatif), mais également permet de transmettre des informations ciblées au podologue, à l'infirmière, et aide à la rédaction du courrier au Médecin traitant pour faire le point sur les acquis du patient, ses potentialités et les éléments à surveiller, assurant du même coup les conditions pour un suivi éducatif.

02

DIABÈTE GESTATIONNEL: EXPÉRIENCE D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE AMBULATOIRE DE PROXIMITÉ DANS 13 ÉTABLISSEMENTS.

Magali Coustols-Valat¹, Monelle Bertrand¹, Françoise Lamiche-Lorenzini¹, Karine Barre², Nathalie de Barros¹, Christine Bernard², Pierre Gourdy¹

¹Hôpital Rangueil, Toulouse ; ²Hôpital Paule de Viguier, Toulouse

Le Diabète Gestationnel (DG) nécessite une adaptation rapide de la femme enceinte à une pathologie qu'elle ne connaît pas, et dont elle craint le retentissement sur l'enfant.

La prise en charge éducative des patientes vise à leur permettre d'acquérir des connaissances, et de modifier leur mode de vie (alimentation, auto-surveillance), tout en étant rassurées quant à l'évolution de leur grossesse.

Depuis 2004, sous l' impulsion des réseaux régionaux de diabétologie et e périnatalité, un programme original d'éducation thérapeutique ambulatoire multi-professionnel en groupe a été mis en place dans 13 maternités volontaires de tailles variées de la région, après une formation homogène des équipes.

Nous rendons compte ici des résultats de ce programme, sur 18 mois, du 1/7/2004 au 31/12/2005. Dans 6 établissements publics et 7 privés, répartis dans 6 des 8 départements de la région, 801 femmes ont participé à ces séances, soit environ 50% des DG pris en charge dans les maternités participantes (incidence 6%, sur 20000 accouchements).

55% de ces femmes ont été adressées par les

médecins libéraux, surtout des obstétriciens. Une analyse portant sur 381 femmes dont les fiches d'accouchement ont été récupérées entre le 1/4/2005 et le 1/1/2006 a montré une moyenne d'âge de 32,4 ans+/-5, une parité de 0,89+/-1,08, un BMI 24,5+/5.

Au sein du CHU, nous avons comparé les femmes ayant suivi la formation, à une population de DG n'ayant pas participé. Ces dernières ont significativement une

parité plus élevée (1,04+/-1,75), et le diagnostic de DG est porté plus tardivement. Elles ont plus souvent une HTA gravidique (9,1 vs 2,4%), une prématurité (15,4 vs 3,6%), et des complications maternelles de suites de couches (16,7 vs 3,5%), expliquant la tendance à des hospitalisations plus longues.

Les questionnaires de satisfaction (118 analysés) à l'issue de la séance ont montré que celle-ci correspondait aux attentes des femmes dans 99% des cas, et que 75% d'entre elles se sentaient totalement prêtes à modifier leurs habitudes alimentaires.

En conclusion, nous montrons la faisabilité d'un tel programme éducatif.

La diminution des complications périnatales, en particulier l'HTA, la prématurité, et les complications de suites de couches nous incite à poursuivre cette action.

Une analyse est en cours pour apprécier les changements durables de comportement dans cette population à haut risque de Diabète type 2.

03

PDA PHONE ET PARAMÈTRES DE L'INSULINOTHÉRAPIE FONCTIONNELLE (IF) CHEZ LES DIABÉTIQUES DE TYPE 1 EN AMBULATOIRE.

Dured Dardari, Ghislaine Hochberg, Sylvia Franc, Beatrix Boucherie, Magda Biendzinsky, Marie Lejeune,

Jean-Pierre Riveline, Guillaume Charpentier

Fédération de diabétologie Hôpital Sud Francilien, 91100 Corbeil Essonne

Afin d'évaluer les résultats de l'IF dans la vie courante, un carnet électronique PDA-phone a été proposé à 35 diabétiques de type 1 pendant 3 mois.

Ces PDA-phones permettent un calcul automatique de la dose d'insuline prandiale à partir de la glycémie préprandiale, de la ration glucidique et de l'activité physique prévue par le patient.

Les algorithmes introduits dans le programme étaient pour les repas ceux de Howorka, et une réduction des doses de -30 ou -50% en cas d'activité physique moyenne ou intense.

Un transfert des données via GPRS et internet sécurisé, vers le médecin a permis un suivi intensifié et la constitution d'une base de données.

L'équilibre glycémique des patients s'est amélioré pendant les 3 mois de suivi ; HbA1c :

7.79 % (J0) versus 7.28 % (à 3 mois) ; p=0.003 .

La moyenne des glycémies post-prandiales (GPP) était très proche des objectifs fixés (<1.40 g/l) :

le matin : 1.51g/l +/-0.66g/l ; le midi : 1.45g/l +/-0.67g/l ; le soir : 1.5g/l +/-0.66g/l.

Les GPP n'étaient pas influencées par la quantité de glucides ingérés (20 à 180 g par repas). Les patients ont profité de leur liberté alimentaire : ration glucidique médiane stable : dans la moitié des déjeuners et dîners, diminution de 20 à 60 g ou augmentation de 20 à 80 g dans respectivement 1/4 des cas.

Un test de jeûne glucidique sur 24h a montré une basale correcte chez 17 patients, insuffisante chez 11, et excessive chez 1, avec hypoglycémie.

En cas d'hyperglycémie préprandiale, une compensation est proposée qui permet une correction presque complète (les glycémies postprandiales se situaient en moyenne entre 1.5 g/l et 1.68 g/l).

Parmi les GPP et glycémies suivantes, il y avait respectivement 7.7 et 4.6% d'hypoglycémies en l'absence de compensation, 7.6 et 7.9% en présence de compensation. Il n'y a pas eu d'hypoglycémie sévère.

En cas d'activité physique avec diminution des doses prandiales, les GPP et glycémies suivantes moyennes étaient 1.60 et 1.45 g/l comparées à 1.48 et 1.39 g/l sans activité physique, et il y avait significativement moins de glycémies < 0.60 g/l lors de la glycémie suivante (3.3 versus 6.5 %).

L'IF pratiquée avec un carnet électronique permet un excellent résultat métabolique tout en autorisant une grande liberté alimentaire à la grande satisfaction des patients.

04

FACTEURS LIÉS A

L'AMÉLIORATION DE LA
QUALITÉ DE VIE APRÈS UN
PROGRAMME HOSPITALIER
D'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE: RÉSULTATS
D'UNE ÉTUDE PROSPECTIVE
CHEZ 77 PATIENTS
DIABÉTIQUES DE TYPE 1.

Isabelle Debaty, Serge Halimi, Pierre Yves Benhamou

Hôpital Michallon, CHU, 38043 Grenoble Introduction: L'impact positif d'une intervention éducative prend tout son sens lorsque l'amélioration du contrôle métabolique qu'elle permet s'accompagne d'une amélioration de la qualité de vie du patient. Aucune étude française prospective n'a étudié l'effet d'un programme éducatif hospitalier sur l'évolution simultanée de ces deux indicateurs de santé chez des patients diabétiques de type 1. Les facteurs liés à l'amélioration de la qualité de vie ne sont pas connus.

Patients et méthodes : nous avons conduit une étude prospective pour évaluer la qualité de vie au moyen du questionnaire spécifique DQOL chez 77 patients diabétiques de type 1, avant puis 3 et 12 mois après un programme éducatif hospitalier de 3 jours.

Résultats: Le taux de réponse est de 72,7 % à 3 mois et 67,5 % à 1 an. Le score global de qualité de vie s'est amélioré à 3 mois, passant de 65,6 \pm 10,1 à 70,1 \pm 10,4(p<0,001). La différence sur le score global reste significative jusqu'à 1 an. L'HbA1c s'améliore à 3 mois (7,6 \pm 1,4 vs 7,8 \pm 1,4 ; p = 0,032) et la tendance se maintient sur l'année, sans significativité statistique.

L'amélioration de la qualité de vie à 3 mois est corrélée à une réduction de l'HbA1c (r = -0,293, p<0,037). A 3 mois, 25/55 patients (44%) ont présenté une amélioration significative de leur qualité de vie, définie par une différence sur le score global supérieure à 10%.

Le profil médical de ces patients a été comparé aux autres. En analyse multivariée, seule la survenue d'hypoglycémies graves dans les 6 mois précédents le programme éducatif est un paramètre prédictif d'une bonne réponse en qualité de vie (OR 9,88 [IC 95%:1.094-89.20]).

Conclusion : La qualité de vie s'améliore après l'intervention éducative, et se maintient sur l'année.

L'amélioration de la qualité de vie à 3 mois est corrélée à une réduction de l'HbA1c et semble bénéficier plus particulièrement aux patients affectés par des épisodes hypoglycémiques sévères avant le stage.

P1 ZOOM SUR LES ÉMOTIONS DES SOIGNANTS CONFRONTÉS DE PRÈS À LA MALADIE CHRONIQUE.

Dalila Lalej, Catherine Recchia,
Danielle Hadida, Claude Colas,
Ghislaine Hochberg, Line Kleinebreil,
Jocelyne M'Bemba, Helen Mosnier-Pudar
Association OFFDIAB, 77340 Pontault-Combault
L'utilisation des moyens audio-visuels est
une approche de la formation que nous
connaissons tous pour la formation des
patients. Nous avons imaginé un outil qui
pourrait être destiné à l'usage de la
formation des éducateurs thérapeutiques
en partant du vécu de soignants impliqués
et soumis à la maladie chronique.

Méthodes : Nous avons filmé une collègue médecin généraliste et une pharmacienne officinale mères d'enfants diabétiques.

Résultats : Ces témoignages contiennent une succession d'émotions et de comportements d'adaptation ou de non adaptation qui sont notre pain quotidien. Les identifier pour mieux les comprendre et améliorer l'acceptation est l'essence même de ce que représente l'éducation thérapeutique. Ce document « en live » rend compte de tous les procédés de la phase d'acceptation de la maladie chronique : l'annonce, le déni, le refus, la colère, dans un contexte permanent de peur et d'ambivalence lié à la profession de soignants. Il rend compte également des mécanismes d'adaptation à la maladie chronique du patient et de son entourage: surprotection, perfectionnisme, analyse, réorganisation familiale et sociale. Il exprime aussi des comportements de soignants confrontés à la gestion de la maladie chronique : comportements négatifs tels que l'ignorance, l'absence d'empathie, le mépris, la négation, la distance imposée, la haute technicité, l'absence de soutien dans les moments de crise, et à l'opposé des comportements positifs tels que la compétence, l'écoute, le réconfort, l'empathie, le partage de La Connaissance et l'incitation à s'auto-gérer, l'invitation à

la transgression, la disponibilité...

Conclusion: La finesse de perception des émotions et comportements rendue par cet outil en fait une approche sensorielle et concrète qui pourrait permettre de mieux comprendre les enjeux et les fondements de l'éducation thérapeutique.

P2

LES AMÉNAGEMENTS DE LA VIE QUOTIDIENNE DES DIABÉTIQUES DE TYPE 1 ONT UN IMPACT POSITIF SUR CERTAINS DOMAINES DE LA QUALITÉ DE VIE : RÉSULTATS D'UN AUTO QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE ADAPTTM.

Pierre Fontaine¹, Jean-Pierre Le Floch², Marc Lévy³, Helen Mosnier-Pudar⁴ Réginald Mira⁵, Sylvie Laroche⁶, Eveline Eschwege⁷

¹Clinique Marc Linquette Lille; ²Clinique de Villecresne; ³Hôpital max Fourestier, Nanaterre; ⁴Hôpital Cochin, Paris; ⁵10 avenue Lemeray, Antibes;

"Novo Nordisk SAS, France; "INSERM U 780 Objectif: La prise en charge thérapeutique du diabète de type 1 associe des mesures hygiéno-diététiques à l'insulinothérapie. Au sein d'une étude clinique comparant deux modes d'administration de l'insuline detemir chez 487 patients diabétiques de type

1, la perception du diabète et son retentissement dans la vie quotidienne ont été évalués sur différents items ayant trait à l'hygiène de vie et à la qualité de la vie en général.

Méthodologie: Un auto questionnaire a été proposé lors de la visite d'inclusion à 487 patients diabétiques (51% d'hommes, âge $(m\pm SD)$ 42±13 ans, BMI 25±4 kg/mC, ancienneté du diabète 17±11 ans). La contribution positive du diabète était évaluée par échelle de Lickert sur 9 domaines : vie professionnelle, scolarité et études, loisirs et activités sociales, vie familiale, vie affective et sexuelle, activité physique et sportive, hygiène de vie, hygiène alimentaire, incitation à l'arrêt du tabac. Pour chaque question, le patient devait choisir parmi 7 propositions : pas du tout, contribution mineure, moyenne, notable, importante, considérable, totale. L'analyse des réponses a été faite selon deux groupes : contribution positive (contribution importante, considérable ou totale) ou non (autres réponses).

Résultats: 449 questionnaires ont été analysés (92%). Une contribution positive a été rapportée pour l'hygiène alimentaire par 51% des patients, pour l'hygiène de vie par 36%, pour l'incitation à l'arrêt du tabac par 23%, pour l'activité physique et sportive par 16%, pour la vie familiale par 14%. Dans les autres domaines, elle était <10%. Pour l'hygiène de vie et l'hygiène alimentaire, une contribution positive était associée à une HbA1c significativement plus basse (respectivement 8,4±0,9 vs 8,6±0,9%; p<0,02).

Conclusion: Ces résultats suggèrent que les contraintes liées au diabète peuvent être perçues positivement dans la vie quotidienne des patients diabétiques de type 1. Une évolution des approches éducatives parallèlement à une prise en charge thérapeutique optimisée de la maladie pourrait permettre d'améliorer encore le contrôle de la glycémie.

P3

QUAND LA GESTION DE L'INSULINOTHÉRAPIE EST CONFIÉE À UN PROCHE

Brigitte Nadal

75 allée des Pinsons La Tour de Mare, 83600 Fréjus

Ce sont les réflexions de mes patients nonautonomes qui m'ont amenés à penser qu'il est sûrement préférable de confier l'insulinothérapie à un(e) infirmier(e) plutôt qu'à un membre de la famille.

Les patients choisis présentaient dans les deux groupes une incapacité ne permettant pas leur autonomie sans risque pour eux-même : mal-voyance, illettrisme, désorientation, parkinson, alcoolisme, ...

Cette étude porte sur 14 patients nonautonomes pendant 5 ans : 7 patients sont confiés à un proche formé, les 7 autres à un(e) IDE formé(e).

Quelques critères d'appréciation de leur qualité de vie ont retenus mon attention :

1°) Pour les patients à gestion familiale ils:

- sont dépressifs (6 sur 7)
- sont passifs dans tous les cas
- ne trouvent pas de but personnel (6 sur 7)
- disent tous avoir perdu leurs repères familiaux et sociaux
- ont une HbA1C moyenne à 10%

<u>2°) Pour les patients à gestion infirmier(e)</u> libéral(e) ils:

- sont dépressifs (3 sur 7)
- ont une cogestion des repas et une reprise de l'activité physique (6 sur 7)

- ont un but personnel (5 sur 7)
- ont tous conservés leurs repères familiaux et sociaux
- ont une HbA1C moyenne de 8%

La perte de la notion de « bonne santé » est directement associée dans le premier groupe à :

- la perte d'autonomie du patient :
- « je dépends de mon fils pour tout »
- la perte des repères familiaux et sociaux avec une fréquente infantilisation:
- « je ne suis plus sa mère, elle décide tout pour moi »
- « le médecin lui a dit de me surveiller et il ne s'adresse même plus à moi «
- la perte de liberté du pseudo-soignant .

En conclusion, il faut vraiment que le recours à un membre de la famille soit : réfléchi conjointement par l'équipe soignante (hospitalière et à domicile), soumis à l'accord du patient (en tête-à-tête) et du membre familial choisi.

Confier la gestion du traitement à un membre de la famille c'est : lui donner des responsabilités importantes, risquer de modifier les rapports familiaux et sociaux, entraîner une angoisse perpétuelle et un syndrome dépressif pour le patient et le parent, provoquer à nouveau un sentiment de perte de liberté.

Les contraintes imposées par la famille peuvent entraîner une pseudo-acceptation avec docilité, passivité et sentiment d'échec pour tous les protagonistes qui croyaient bien faire.

P4

RÉGLETTE DE LECTURE ET D'INTERPRÉTATION GLYCÉMIQUE.

Véronique Fontaine, Claire Secondy Groupe Hospitalier Sud Réunion, 97448 Saint Pierre

But : inciter à la pratique de l'AutoSurveillance Glycémique(ASG) et améliorer la conduite à tenir(CAT) en cas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie chez le diabétique sachant lire totalement ou seulement les chiffres, en facilitant le repérage et l'interprétation des glycémies figurant sur l'écran du lecteur de glycémie.

Descriptif:Réglette de 27cm/5cm pliable insérable dans les kits de lecteurs.

Au verso - sont gradués les glycémies en mg/dl de 10 en 10 ainsi que les lettres LO et HI qui sont en base de données dans tous les lecteurs -un code couleur référentiel ainsi que des écritures identifient les zones

glycémiques (en jaune pour hypoglycémieen vert pour glycémie normale-en rouge dégradé pour l'hyperglycémie) -des images et des écritures illustrent la CAT dans chaque zone.

Au recto la réglette est partagée en 2 parties égales colorées, dans une moitié jaune les stades et la CAT en cas d'hypoglycémie sont différenciés et expliqués, dans l'autre moitié en rouge dégradé les stades et la CAT en cas d'hyperglycémie sont différenciés et expliqués.

Validation: 2 grilles d'évaluation sur la praticité et l'intérêt de la réglette ont été testées auprès de 50 diabétiques sachant lire les lettres et les chiffres et 10 diabétiques sachant lire que les chiffres. Sur un total de 60 diabétiques, 57 diabétiques l'ont trouvé utile personnellement et pour l'entourage proche, 58 l'ont trouvé lisible(repérage des chiffres par rapport au résultat du lecteur, interprétation du résultat par les illustrations),59 l'ont trouvé facile à utiliser(taille, pliage).

Pour l'équipe d'éducation, la réglette sert de support pédagogique complémentaire lors de l'éducation pratique à l'ASG et dans les ateliers sur l'hypoglycémie et l'hyperglycémie et permet d'évaluer rapidement la compréhension du patient.

Actuellement, la réglette est distribuée gratuitement aux diabétiques dans notre service ainsi que dans plusieurs pharmacies de l'île lors de la remise des lecteurs de glycémie par un laboratoire.

Conclusion: Cette réglette glycémique nous semble un outil utile et complémentaire à tous les diabétiques et à l'équipe d'éducation. Elle uniformise et rend accessible l'information sur l'ASG et les CAT au plus grand nombre.

P5

EXISTE-T-IL UNE RELATION ENTRE L'HBA1c ET LA CONNAISSANCE QUANTITATIVE DES GLUCIDES ?

Aude Rigoir-Louvel, Sandra Marchand, Etienne Larger, Fabienne Elgrably, Patricia Fiquet, Valérie Rossignol

Hôpital Hôtel Dieu 75004 Paris

Dans l'insulinothérapie fonctionnelle, reconnaître les glucides et savoir en évaluer la quantité est un élément primordial pour déterminer la dose d'insuline prandiale. Nous avons évalué l'aptitude de nos patients à quantifier les glucides lors de la première séance et à l'issue des 5 séances

du programme d'auto apprentissage en ambulatoire. Dans ce programme une part importante du temps est consacrée à des exercices d'apprentissage de l'évaluation et de la quantification des glucides, en séances collectives.

67 patients (36H et 37F), âgés de 44,6 ans en moyenne, 21 ans de diabète en moyenne ont participé à l'étude. 65% avaient une association de Lantus® et d'analogue rapide et 27% une pompe à insuline. Le BMI était de 24,6 en moyenne. L'HbA1c prélevée le 1er jour du programme était de 7,3%. Nous disposons des résultats du dosage d'HbA1c 6 mois après la fin du programme pour 34 patients soit 51%. La moyenne est de 7,3%. Cinq plateaux repas exposant différentes quantités de glucides (20 à 130 grammes) ont été présentés à la 1ère séance. Les patients devaient estimer rapidement (<1 min) la quantité de glucides de chacun de ces plateaux.

Les mêmes plateaux ont été présentés lors de la dernière séance. Sont considérés comme sachant compter les glucides les patients qui ont évalué à 20g de glucides près 3 plateaux sur 5.

38 patients sur 67 ont su évaluer les quantités de glucides lors de la 1ère séance et 57/67 à la dernière séance. L'évaluation des glucides était ainsi significativement améliorée à l'issue du programme (p=10-4). Au début du programme, l'HbA1c des patients sachant compter les glucides ne différait pas de celle des patints qui ne savaient pas compter. De même, l'aptitude à compter les glucides n'était pas liée à l'ancienneté du diabète. Pour les patients dont on dispose de l'HbA1c à 6 mois, cette amélioration de l'aptitude à compter les glucides ne se traduit pas par une baisse de l'HbA1c.

Chez des patients ayant 21 ans de diabète, l'aptitude à évaluer les glucides reste médiocre, et n'est pas corrélée à l'HbA1c. Notre programme améliore leurs connaissances diététiques et leur évaluation des quantités de glucides dans leur alimentation. Chez ces patients dont l'HbA1c de départ est bonne, 7,3% en moyenne, cette amélioration de leurs connaissances diététiques ne se traduit pas en baisse d'HbA1c à 6 mois. Ces résultats doivent néanmoins être considérés comme préliminaires et devront être affinés sur de plus grands effectifs.

DIABÈTE, MALADIES CHRONIQUES ET BIEN-ÊTRE: WHO 5 EN PRATIQUE.

Ghislaine Hochberg¹, Line Kleinebreil¹, Sylvie Pucheu¹, Sylvie Donnasson¹, André Hervouet², Béatrice Hanicotte³, Fabrice Strnad⁴, Jean-Jacques robert¹, Serge Halimi⁵

¹Paris;²Nantes;³Marcq-en-Baroel;⁴Pontoise; ⁵Grenoble

Objectifs:

Apprécier le bien être des personnes diabétiques en comparaison à celles atteintes d'autres maladies chroniques ou associant plusieurs maladies chroniques.

Méthode:

508 généralistes et 466 diabétologuesendocrinologues ont distribué à leurs patients un questionnaire enquête portant sur WHO 5 – appréciation simple du bien être – et sur des renseignements complémentaires généraux (âge, sexe, type de maladie chronique...). 2253 réponses ont été recueillies et 2213 analysées.

Population:

Plus de 75% des sujets ont plus de 50 ans. Les plus de 70 ans représentent le quart des répondants. La répartition entre les sexes est homogène. 75% des sujets sont diabétiques, 45% ont une autre maladie chronique et 57% sont sous insuline. Autres maladies chroniques les plus fréquentes : maladies cardiovasculaires (34%) et endocriniennes (20%).

Résultats :

L'analyse s'appuie sur l'interprétation de l'OMS qui fixe à 13 la valeur seuil en dessous de laquelle une dépression est soupçonnée. Score moyen de nos questionnaires = 14,1 avec 36% des sujets ayant un score < 13. Les scores sont significativement plus bas chez les femmes (13,25 contre 14,97 chez les hommes) et 43% des femmes ont un score < 13 contre 29% chez les hommes (p<0,001). Les diabétiques ont un score > à celui des non diabétiques. Les patients souffrant de diabète seul ont un score > à celui des patients associant diabète et autre maladie chronique (15,10 vs 13,29). Parmi les diabétiques, les patients insulinotraités ont un score de bien être plus bas, qu'ils aient ou non une autre pathologie chronique associée (14,83 vs 15,58 en cas de diabète seul et 12,64 vs 13,91 en cas de diabète plus autre maladie chronique). 59% des diabétiques ayant un score < 13 sont sous insuline.

Conclusions:

3 facteurs semblent se détacher comme prédictifs d'un indice de bien être plus bas chez les patients souffrant de maladie chronique :

- l'appartenance au sexe féminin
- l'existence d'une maladie chronique autre que le diabète (et à fortiori la coexistence d'un diabète et d'une autre maladie chronique)
- l'insulinothérapie chez les diabétiques.

Ces conclusions esquissent un profil de patients qui pourraient permettre aux praticiens de cibler avec plus d'acuité le dépistage des signes de dépression en consultation.

P7

EVALUATION DU DEVENIR
DES PERSONNES ET DE
L' IMPACT D'UNE FORMATION
DE FORMATEURS À
L' ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE ENTRE
1992 ET 2005.

Pascal Pichavant¹, Jacqueline Couchot², Ghislaine Hochberg³, Françoise Lamiche– Lorenzini⁴, Dominique Seret–Bégué⁵, Helen Mosnier–Pudar¹

¹Hôpital Cochin, Paris; ²Centre Hospitalier, Chalons en Champagne; ³Paris; ⁴Hôpital Rangueil, Toulouse; ⁵Centre Hospitalier, Gonesse

La Formation des formateurs avait pour objectif de créer un corps de soignants en éducation thérapeutique (ET) qui pourrait avoir un rôle non seulement dans les structures spécialisées, mais également un corps de formateurs à l'ET. Cette formation était destinée à des soignants médecins et non médecins déjà acteur en diabétologie et investis en ET.

En pratique les participants ont suivi 7 modules (diagnostic éducatif, communication, psychanalyse, psychosocial, évaluation) de 3 jours sur une période de 2 ans. Un questionnaire a été envoyé aux 170 participants (72 médecins, 66 infirmières, 25 diététiciens, 6 autres professions) des 7 sessions qui ont eu lieu de 1992 à 2005 pour évaluer la formation, en particulier concernant le devenir des formés et leur investissement actuel en ET et en formation. Le taux de réponse a été de 35 % (n=59).

Le taux de participation des médecins a été de 40 %, celui des infirmières de 17% et celui des diététiciens de 52 %.

89,6 % d'entre eux travaillent toujours en diabétologie et 94,8 % sont encore impliqués en éducation. 89 % ont terminé les 7 modules, mais seul 29,8 % ont rendu leur mémoire.

L'adéquation entre la formation reçue et les besoins notée sur 10 (moyenne) était de 7,6 en diagnostic éducatif, 7,8 en communication, 7 en psychologie, 6,6 en organisation, 6 en évaluation et 7,1 en capacité à former. 84,5 % des formés ont modifiés leur pratique suite à la formation et 77,6 % ont mis en place des programmes d'éducation dans leur structure.

Seulement 74,2 % ont partagé leur acquisition avec leurs collègues sur site, le plus souvent de façon informelle, et 62,1 % ont participé comme experts à des formations. Les résultats de cette enquête montre que les formés restent impliqués en ET même lorsqu'ils changent de spécialité, qu'ils considèrent que la formation a plutôt bien répondu a leurs besoins.

Mais s'ils sont majoritairement impliqués dans l'organisation et la pratique de l'ET auprès des patients, ils n'assurent pas tous leur rôle de formateurs en ET.

Les besoins de formation à l'ET sont importants à tous les niveaux, avec nécessité d'une bonne adéquation entre les besoins réels et le contenu des formations proposées. Une formation des formateurs est nécessaire, mais son organisation et sa reconnaissance doivent être repensée (ciblage des participants, nombre et durées des modules, rythme de la formation, mémoire validant ou autre mode de validation, caractère universitaire...).

PA

FORMATION A L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE MISE EN PLACE PAR LA FÉDÉRATION DES RÉSEAUX DE SANTÉ DE FRANCHE-COMTE.

Cécile Zimmermann¹, Brigitte Sandrin-Berthon², François baudier³; Gilles Leboube³, Etienne Mollet⁴

¹CHU Besançon; ²Comité Régional d'éducation pour la Santé du Languedoc Roussillon; ³URCAM - Franche - Comté -Besançon; ⁴CHU Louis pasteur Dole

L'éducation thérapeutique (ET) est une activité que beaucoup de réseaux de santé ont le souci de développer et d'organiser dans le cadre d'une collaboration entre la ville et l'hôpital et qui nécessite une formation des professionnels de santé.

En 2002, les 20 réseaux de santé de la région se sont réunis au sein d'une fédération dans le but de mieux coordonner leurs actions respectives et de mutualiser leurs ressources et leurs compétences.

Dans ce contexte, cette fédération a jugé

utile de proposer aux professionnels de santé, impliqués dans les différents réseaux qui la composent, une formation commune à l'ET.

Depuis 2005, 2 sessions de formations se sont déroulées (3 x 2 jours chacune). Elles ont rassemblé 50 professionnels, issus de réseaux différents (Allergologie, Hépatite, Insuffisance cardiaque, VIH, Périnatalité, Obésité, Diabète, Mucoviscidose, Alcoologie, Insuffisance rénale, Epilepsie). Ces participants faisaient partie de tous les territoires de santé de la région.

La formation s'est appuyée sur l'expérience des participants et sur l'analyse de leurs pratiques en réseau.

La démarche et les méthodes pédagogiques se sont inscrites dans la même logique que celles préconisées pour mettre en oeuvre l'ET auprès des patients. L'évaluation « à chaud » plébiscite la pluralité des réseaux, la diversité professionnelle et l'adaptation de la formation à la pratique. Neuf mois plus tard, un questionnaire distribué à chaque participant a permis d'apprécier les changements.

Ils apparaissent dans tous les domaines explorés : l'idée de son propre rôle dans l'éducation, les relations avec les patients, la façon de pratiquer l'ET.

La formation a permis de développer et de mettre en oeuvre des programmes d'éducation et d'élaborer divers outils (guides d'entretien, dossier d'éducation, fiche téléphonique, classeur imagier, etc.)

Cette expérience originale montre qu'il est possible de former ensemble à l'ET des professionnels de santé pratiquant des métiers variés (médecins, infirmiers, diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes...), exerçant en ville ou à l'hôpital et traitant des pathologies différentes.

Les changements induits vont contribuer au développement et à la cohérence des pratiques d'ET à l'échelle de la région, d'autant plus que cette formation s'inscrit dans le cadre du Schéma Régional d'Education Pour la Santé, qui comporte un axe fort de structuration de l'ET dans cette région, soutenu par l'URCAM, l'ARH et la DRASS.

P9

EFFETS D'UN PROGRAMME
COMPOSÉ D'ENTRETIENS
MOTIVATIONNELS SUR LA
MOTIVATION ET LES
COMPORTEMENTS ENVERS
L'EXERCICE PHYSIQUE CHEZ
DES PERSONNES
DIABÉTIQUES DE TYPE 2.

Jennifer Regnier¹, David Trouilloud², Serge Halimi¹, Philippe Sarrazin²

¹CHU Michallon, Grenoble; ²Laboratoire Sport et Environnement Social (SENS) Université Joseph Fourier, Grenoble

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'un programme composé trois entretiens motivationnels proposées à la suite d'une journée d'évaluation d'un stage d'éducation thérapeutique, sur la motivation envers l'exercice physique chez des personnes diabétiques de type 2. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'impact de ces trois entrevues sur : l'observance à l'exercice physique, les variables de la théorie de l'autodétermination, la qualité de vie, et l'état de santé.

Cent vingt personnes diabétiques de type 2, âgées de 18 à 80 ans, seront recrutées suite à la journée d'évaluation du stage d'éducation thérapeutique. Deux groupes seront randomisés : un groupe expérimental de 60 patients et un groupe contrôle 60 patients. La motivation sera évaluée par le Treatment Self-Regulation Questionnaire adapté à la population diabétique (Williams, Freedman et Deci,1998). Le « revised Summary of Diabetes Self-Cares Activities » (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000) sera utilisé afin d'évaluer l'observance à l'exercice physique. Le Perceveid Competence Diabetes Scale (Williams, Freedman & Deci, 1998) estimera le sentiment de compétence perçu envers l'exercice physique. Le Health Care Climate Quetionnaire(Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci, 1996) nous permettra d'évaluer le soutien d'autonomie perçu envers l'exercice physique ; le soutien de compétence et le soutien d'affiliation perçus envers l'exercice physique étant évalués par l'Echelle des Comportements Interpersonnels, soumis pour validation par Otis et Pelletier. Le Diabetes Qualty of Life adapté aux diabétiques de type 2 par Senez, Feliccioli, Moreau, et Le Goaziou (2004) sera utilisé pour évaluer la qualité de vie des patients. L'état de santé des personnes sera mesuré par le dosage d'HbA1c et le

profil lipidique. Quatre temps d'évaluation seront réalisés : à la base (T0), à la fin du programme (T1), à + 9 mois (T2), à + 15 mois (T3), et à + 21 mois (T4).

Le groupe contrôle bénéficiera d'un stage d'éducation thérapeutique et d'une journée d'évaluation ayant lieu trois mois après le stage. Pour le groupe expérimental, trois entretiens motivationnels seront proposés à la suite de la journée d'évaluation. Au cours de ces entrevues, l'éducateur sera chargé de mettre en place les principes de l'entretien motivationnel développés par Miller et Rollnick (1989).

P10 BILAN A 5 ANS D'UNE SEMAINE D'ÉDUCATION PLURIDISCIPLINAIRE POUR PATIENTS EN SURPOIDS DANS UN SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE.

Odette Pelleter

Hôpital Cochin 75014 Paris

La difficulté de la prise en charge des patients en surcharge pondérale est le suivi à long terme. Le but de ce travail est de voir à 5-6 ans les résultats pour 105 patients qui ont participé à une semaine d'éducation entre septembre 2000 et juillet 2001. A 1 an : 35% n'étaient jamais revenus en consultation (médecin et diététicienne), 36% avaient interrompu le suivi, 29% avaient consulté. 5 patients avaient grossi, 4 étaient stables, 59 avaient maigri. A 5-6 ans : Après avoir été avertis par courrier tous les patients ont été évalués par une consultation téléphonique : 19 n'ont pu être joints, 5 sont décédés. Le bilan concerne donc 81 patients.

Résultats: 31% ont toujours un suivi médical (souvent pathologie endocrinienne associée) dont 16% voient aussi la diététicienne.

20 patients ont perdu de 1 à 13,5 kg et 5 patients ont grossi de 1 à 6 kg. 69% ont arrêté le suivi dans le service : 43% ont perdu du poids (11 patients de 1 à 4,9 kg, 11 patients de 5 à 9,9 kg, 6 patients de 10 à 14,9 kg, 5 patients de 15 à 30 kg, 2 patientes ont perdu respectivement 43 kg et 56 kg grâce à la pose d'un by-pass gastrique en 2004 et 2005). 21% ont pris du poids (5 patients de 1 à 4,9 kg, 10 patients de 5 à 9,9 kg, 1 patiente a pris 29 kg et 1 autre a pris 31 kg). Pour ces 2 dernières patientes un rendez-vous est pris pour by-pass. 5% ont un poids stable. Pour 5 patientes la semaine

d'éducation n'a pas répondu à leurs attentes mais la majorité a été très satisfaite. 2 se sont fait poser un anneau avec un échec. Une dizaine est suivie par leur généraliste pour leur pathologie thyroïdienne. 3 patients ont souhaité reprendre un RV de consultation diététique.

Conclusion: sur les 105 patients qui ont bénéficié de l'éducation, 52% ont perdu du poids mais, même s'ils reconnaissent ne pas toujours appliquer les conseils appris, ils ont retenu les bases d'une alimentation équilibrée. Les meilleurs résultats sont aussi obtenus avec les patients qui ont associé une activité physique.

La prise en charge a été un échec chez les patients ayant eu sur cette période des soucis familiaux (deuils), médicaux (cancer, rechute de dépression...), absence de motivation.

P11 FIABILITÉ DES ENQUÊTES ALIMENTAIRES CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2

Sandra Marchand, Aude Rigoir-Louvel, Patricia Fiquet, Valérie Rossignol, Jocelyne M'Bemba, Fabienne Egrably

Hôpital Hôtel Dieu 75004 Paris

Dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2, les conseils hygiéno-diététiques représentent une part importante du traitement. Pour le patient, se rendre compte de ce qu'il y a dans son assiette rend plus facile l'application des conseils alimentaires.

Dans le cadre d'un programme d'auto apprentissage en ambulatoire, nous apprenons à des patients ayant un diabète de type 2 à réaliser leur auto enquête alimentaire (AEA) sur 3 jours (2 jours en semaine et 1 jour le week-end). Les patients, munis d'une table de composition des aliments, devaient évaluer les quantités de Protéines, Lipides, Glucides et Alcool consommées, ainsi que l'apport calorique de la journée la plus représentative.

Nous avons comparé les enquêtes alimentaires (EA) réalisées par une diététicienne au début du programme, (sans commentaire pour ne pas influencer la prise alimentaire ultérieure) aux auto enquêtes après vérification des calculs par une diététicienne.

29 patients (14H/15F) âgés de 58 ans en moyenne ont participé à l'étude. 25 d'entre eux étaient traités par Anti Diabétiques oraux, 2 avaient un traitement mixte, 1

uniquement de l'insuline et 1 dernier était sous régime seul.

L'ancienneté du diabète était de 9 ans en moyenne.

L'IMC moyen était de 31, l'HbA1c au début du programme était de 6,8% et de 6,7% à l'issue des 4 séances (p=0,053).

Le Métabolisme de base (MB) calculé selon la formule de Harris et Benédict nous donne en moyenne 1926 calories.

Par rapport aux AEA, les EA surestiment les apports en Protéines et sous-estiment les Lipides et les Glucides, mais ces résultats sont peu significatifs : Calories EA 1892 Cal vs AEA 1733 Cal (p=0,09), Protéines EA 79g (17% de l'apport énergétique total) vs AEA 87g (21%) (pg=0,03 ; p%=3,6 10-6), Lipides EA 80g (38%) vs AEA 68g (35%) (pg=0,03; p%=0,09), Glucides EA 212g (45%) vs AEA 191g (44%) (p=0,08; p%=0,13). La comparaison au niveau de la consommation en Alcool n'a pu être effectué que sur 7 personnes soit 24% de la population d'origine : EA =142 Calories alcool vs AEA = 139 Calories alcool (p=0,3.

Malgré une légère surestimation en calories des EA, ceci ne remet pas en question leur fiabilité. Cela est d'autant plus probant qu'il y a une relative concordance entre le MB moyen et l'apport calorique de l'EA (p=0,3). Toutefois pour confirmer ces données, il aurait fallu confronter les résultats des MB par méthode de calorimétrie à ceux obtenus par la formule utilisée chez ces mêmes patients.`

P12

VERS LA DESCRIPTION STANDARDISÉE DES PLAIES CHRONIQUES DIABÉTIQUES, ET LA PRESCRIPTION DES PANSEMENTS.

Eric Dacosta Correia, Béatrice Roche, Abdallah Guerraoui, Didier Aguilera, Angélique Gironde

Hôpital de Vichy POLE METABOLIQUE, 3200 Vichy La prévalence des plaies chroniques du pied diabétique est estimée entre 3 et 7 %. Le pronostic est sévère, avec un risque de récidive et d'amputation des membres inférieurs multiplié par 10 à 30.

La plaie doit être typée, évaluée, décrite en « langage soignant universel » pour définir le traitement général et les soins locaux de la plaie ; selon les recommandations.

Le manque de description standardisée de la plaie, et de prescription des pansements, nous a amené à réaliser une fiche de prise en charge des plaies chroniques. Méthode.

Un groupe de travail, comportant médecins formés à la cicatrisation des plaies, et infirmières prenant en charge des plaies chroniques ; à fait une revue des recommandations pour définir une fiche pansement. Résultats.

Une photo numérique est prise au premier pansement avant nettoyage, et une autre après chaque soin.

La fiche pré remplie est à compléter par le soignant à chaque soin, elle précise la localisation de la plaie, le type de plaie (escarre, ulcère...).

La surface est mesurée en cm3 (verticale, horizontale, profondeur).

Le stade évolutif de la plaie est apprécié par couleur de la plaie et en pourcentage respectif (Rouge=Bourgeon, Jaune=Fibrine, Noir=Nécrose, Vert=Infecté).

La présence d'un contact osseux et d'un écoulement sont précisés.

Le pourtour de la plaie est décrit (Sain, Inflammation, Eczéma...).

L'évaluation de la douleur est faite par EVA avant, pendant, après pansement.

L'ensemble guide la prescription médicale, pour le type de pansement et le rythme de réfection.

Conclusion.

Seule une description standard des plaies, et la prescription systématique des pansements, permettra de faire des études de vitesse de cicatrisation ; pour apprécier la qualité des soins et l'efficacité des pansements.

Pour ce faire, la formation des soignants à la cicatrisation des plaies, permettra une meilleure connaissance des plaies, des pansements, et d'avoir un discours partagé. Une évaluation de cette fiche est actuellement en cours.

P13

ETUDE DU RISQUE DE PIQÛRE

ACCIDENTELLE DES

INFIRMIERS LORS DE

L'UTILISATION DE L'AIGUILLE

DE SÉCURITÉ NOVOFINE®

AUTOCOVER®

Odile Lautier¹, Helen Mosnier-Pudar², Danielle Durain³, Sophie Gonbert⁴, Ludmila Spinu⁴, Cristina Schertz⁴, Pierre Faure⁵

¹Hôpital Lapeyronie, Toulouse; ²Hôpital Cochin, Paris ;³Hôpital Jeanne D'arc, Nancy ; ⁴Novo Nordisk SAS, France ; ⁵Hôpital Saint Louis, Paris Les infirmiers des services de diabétologie sont souvent exposés aux accidents d'exposition au sang, entraînent des hépatites B, C et des cas de SIDA. Pour pouvoir répondre aux besoins des soignants, Novo Nordisk a développé l'aiguille de sécurité NovoFine® Autocover®.

L'enquête observationnelle, nationale, multicentrique, prospective menée entre janvier et avril 2006 a eu pour objectif principal d'évaluer le risque de pigûre accidentelle des infirmiers lors de l'utilisation des aiquilles de sécurité NovoFine® Autocover® (NFA) en comparaison des aiguilles classiques (AC). Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la satisfaction et la préférence des infirmiers suite à l'utilisation de NFA. 140 infirmiers ont participé à l'étude, mais seuls les résultats des infirmiers qui ont fait au mois 20 injections avec NFA ont été pris en compte (123). Pendant 4 semaines, 7854 injections avec l'aiguille NFA ont été effectuées, sans aucune piqûre accidentelle et une seule piqûre (0,22‰) s'est produite avec une AC (test statistique impossible, pas de piqûres avec NFA). La note moyenne donnée par les infirmiers à l'aiguille NFA était de 8,1/10 et 74,4% des infirmiers avaient une appréciation de l'aiguille de sécurité NFA > 7,5 sur 10. Les points forts de l'aiguille NFA ont été cités par ordre de fréquence: la sécurité personnelle (98,3%); l'aiguille à usage unique et système de verrouillage automatique (91,7%); la présence du repère rouge indiquant que l'aiguille a été utilisée (87,7%); la facilité d'utilisation (71,3%); la sécurité des patients (70,2%). 81% des infirmiers ont trouvé que NFA facilitait leur activité quotidienne, grâce à un gain de sécurité (44,5%), un gain de temps (26,8%), une facilité d'utilisation (8,5%). 80% des infirmiers préfèrent utiliser NFA par comparaison aux AC en raison de la sécurité personnelle (95,8% de réponses). Plus de 90% des infirmiers préfèrent utiliser les aiguilles de sécurité NFA plutôt que des aiguilles serties sur seringues en raison de leur sécurité personnelle et de la facilité d'utilisation.

Conclusion: Sur un total de 7854 injections, aucune piqûre accidentelle n'a été retrouvée avec l'aiguille de sécurité NovoFine® Autocover®. Cette étude montre l'efficacité de ce dispositif pour protéger les soignants et son excellente acceptabilité.

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* 23 24H QRIZ MED 2005 LABORATOIRE DE L'ANNÉE

DIAMICRON 30 mg
Comprimé à Libération Modifiée

Comprimé à Lib

COMPOSITION ET FORMES : Gliclazide 30 mg cp à Libération Modifiée. Btes de 30, 60, 100. INDICATION : DNID (diab. type 2), chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la réduc. pondérale seuls ne sont pas suffisants pour obtenir l'équil. glycémique. POSO. ET MODE D'ADMINISTRATION : 1 à 4 cp/j en une seule prise au moment du petit déjeuner y compris chez les patients de

plus de 65 ans et chez les insuffisants rénaux modérés avec une surveillance attentive. *Assoc. possible aux biguanides, inhibiteurs de l'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. CTJ : 0,30 € à 1,20 €.

CONTRE-INDIC.: DID (diab. type 1), précoma et coma diab., acidocétose diab., insuf. rén. ou hépat. sévère (dans ces situations, recourir à l'insuline), hypersensibilité au gliclazide ou à l'un des constituants, aux autres sulfonylurées, aux sulfamides, trait, par miconazole (cf. Interac. et autres formes d'interac.), allait. (cf. Grossesse et allait.). MISES EN GARDE ET PRÉC. D'EMPLO I: 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'impontance du respect du régime alim., d'un exercice physique régulier, du contrôle de la glycémie. Ne prescrire que si l'alimentation est régulière. INTERACTIONS: Majorent l'hypoglycémie: miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillé), β-bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres antidiab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H₂. IMAO, sulfonamides et AINS; diminuent l'effet hypogly: danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoides, tétracosactide; en IV: ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte: anticoagulants. GROSSESSE ET ALLAIT.: Relais par insuline si grossesse envisagée ou découverte, allait. contre-indiq. APTITUDE À CONDUIRE: Sensibiliser le patient aux symptômes d'hypoglyc. Prudence en cas de conduite. EFFETS INDÉSIRABLES: Hypoglycémie, troubl. gastro-intest. Plus rares, régressant à l'arrêt du trait.: érup. cutanéomuq., troubles hématol., troubles hépato-bil.: élévation des enz. hépatites (cas isolés). Si ictère cholestatique : arrêt immédiat du trait. Trouble svisuels. PROPRIÉTÉS: SULFAMIDE HYPOGLYCÉMIANT-ANTIDIAB. ORAL. 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* h puis évoluent en plateau entre la 6* et la

unimide le processus de inicioniorimose. Prop. piramitacioni... après i admit, les conc. pisalitat de gliotazade augmentent progressivement jusqu'à at o 11 puis evoluent en plateau entre la 0 et 1 a. 124 h. La prise unique quotidienne de DIAMICRON 30 mg permet le maintien d'une concentration plasmatique efficace pendant 24 h. LISTE I − Remb. Séc. soc. 65 % - Coll. À conserv. dans le conditio. d'origine. AMM 3541848 - 30 cp : 9,73 €, AMM 3541860 - 60 cp : 17,98 €, AMM 3541883 - 100 cp (mod. hosp.). Info. complète, cf. VIDAL Info. méd. : Servier Médical Tél : 01 55 72 60 00 - Les Laboratoires Servier − 22, rue Garnier − 92578 Neuilly sur Seine Cedex.

SERVIER

 $^{^{\}star\star}$ Décerné par les médecins présents au MEDEC, remis le 27 septembre 2005