



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 13 - N° 2
2003

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

Éditorial

L'insulinothérapie fonctionnelle ou comment adapter le traitement à la vie du patient.

Depuis sa découverte en 1921, l'histoire du traitement par l'insuline se confond avec celle des progrès de ses techniques d'injection et de fabrication... En la matière, l'outil a créé le concept, la main a précédé la pensée. A seringue en verre, aiguille de gros calibre, stérilisation obligée avant chaque injection, insuline Protamine Zinc, a correspondu le triomphe de l'injection quotidienne unique malgré l'opposition de quelques futuristes et la résistance de quelques nostalgiques. Force était d'adapter autant que faire se peut la composition et l'horaire des repas aux exigences du traitement : 3 repas, 3 collations dont une « banane verte au coucher »...

A analogues rapides et lents, stylos d'insuline et pompes, correspond aujourd'hui « l'insulinothérapie fonctionnelle » qui se pratique consciemment ou se fait sans le savoir malgré les défenseurs des « repas équilibrés à heures fixes », et malgré les partisans du recours à la facilité des biphasiques (deux pour le prix d'une !). La Glargine non mélangable arrive à point nommé pour propulser l'insulinothérapie basale - prandiale, qui va devenir le schéma incontournable du diabète de type 1. Il est cependant une autre façon de retarder l'adoption de « l'insulinothérapie fonctionnelle » : le « scientisme » qui consiste à la présenter comme un modèle mathématique à usage des seuls BAC S.

En réalité, « l'insulinothérapie fonctionnelle » n'est qu'une manière pédagogique d'apprendre au malade à pratiquer l'insulinothérapie basale - prandiale « vraie ». Elle lui permet en effet de calculer lui même sa dose d'insuline de base grâce à une épreuve de jeûne glucidique réalisée lors d'une journée s'accompagnant d'une activité ambulatoire usuelle. Le malade découvre alors qu'il peut éviter l'hyper et l'hypoglycémie et donc manger à heures libres.

Le bureau du DELF

- | | |
|--|--|
| ■ Président : | Serge HALIMI (Hôpital Nord, GRENOBLE) |
| ■ Vice-Président : | Jean-Louis GRENIER (Hôpital V.Provo, ROUBAIX) |
| ■ Vice-Présidents adj. : | Ghislaine HOCHBERG (Paris)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)
Claude COLAS (Paris) |
| ■ Secrétaire générale : | Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, PARIS) |
| ■ Secr. général adjoint : | Simone JEAN (Hôpital St-Joseph, PARIS) |
| ■ Trésorier : | Jean-Michel RACE (Hôpital Sud, AMIENS) |
| ■ Présidents d'honneur : | Paul VALENSI (Hôpital J.Verdier, BONDY)
Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu, PARIS) |
| ■ Responsable du Journal Diabète Éducation : | Guillaume CHARPENTIER
(Hôpital Gilles de Corbeil - CORBEIL ESSONNES) |
| ■ Responsables des Groupes Régionaux : | Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud RENNES)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS) |
| ■ Responsable de la Formation des formateurs : | Judith CHWALOW (Hôtel-Dieu, PARIS) |

SOMMAIRE

- **ÉDITO**
- L'insulinothérapie fonctionnelle ou comment adapter le traitement à la vie du patient . 19
(A. GRIMALDI - C. SACHON)
- **VU POUR VOUS**
- Diabétiques : à vos carrés de sucre et carrés de beurre ! 20
(Y. GIRARD, O. PELLETER, A. SIAUD, A. TRÉHIOU)
- **TESTÉ POUR VOUS**
- Capteur de glucose : intérêt éducatif 21
(JL. SELAM)
- **DIABÈTE ET PÉDAGOGIE**
- Intelligence émotionnelle 23
(H. MOSNIER-PUDAR)
- **À PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES**
- Les stratégies d'ajustement ou de Coping liées au VIH/SIDA 25
(L. LALWAN)
- **À PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES**
- Complément à l'article "Programme éducatif infirmier du patient diabétique hypertendu à l'automesure tensionnelle" 33
(I. GHIENNE, S. LEROY)
- **LA VIE DU DELF**
- La mutation du DESG-LF : naissance du DELF 33
(H. MOSNIER-PUDAR)
- **FORMATION DES FORMATEURS**
- Session 6 / 2002-2003 35

Le DELF remercie :

**LES LABORATOIRES
SERVIER,**

LES LABORATOIRES :

**BAYER-DIAGNOSTIC
BECTON-DICKINSON, AVENTIS,
LIFESCAN, LILLY,
MEDISENSE, MERCK-LIPHA,
NOVO-NORDISK,
PARKE-DAVIS, ROCHE**

de leur collaboration et de leur soutien

Le diabétologue, bien souvent, s'aperçoit que la dose de base se situe autour de 0,35 U/kg jour alors que nombre des schémas d'insulinothérapie conventionnelle comportent une dose d'insuline excessive d'insuline NPH programmant les hypoglycémies. L'évaluation des besoins insuliniques pour les repas, peut être réalisée de diverses façons selon le choix des patients. Les uns peuvent apprendre à compter les glucides, tenir compte de l'index glycémique et de l'apport lipidique, voire de la consommation d'alcool... Les autres peuvent se limiter à évaluer le nombre d'unités nécessaires par portion. D'autres encore demandent seulement à connaître les doses d'insuline nécessaires pour des « extras ». Tous doivent ensuite apprendre à pratiquer des correctifs avant le repas et si nécessaire trois heures après...

Ainsi, grâce à « l'insulinothérapie fonctionnelle », un jeune (ou un moins jeune) diabétique, peut avoir la satisfac-

tion de manger une poire Belle-Hélène ou une pêche Melba sans déséquilibrer son diabète ... mais tout le monde ne rêve pas de desserts sucrés, et beaucoup prennent des repas réguliers à horaires fixes.

Si elle est pratiquée à la carte, « l'insulinothérapie fonctionnelle » peut s'appliquer à tous les diabétiques de type 1, mais seuls 1/3 environ choisit la méthode comptable et la règle de trois. Pas forcément en fonction des souvenirs d'école ! Ainsi grâce à « l'insulinothérapie fonctionnelle », le diabétique insulino dépendant peut adapter son traitement à son alimentation et non l'inverse, et peut avoir le sentiment d'être maître de sa maladie.

Cependant, au nom de la conquête de la liberté, il n'y a aucune raison que le diabétologue impose des calculs « prise de tête » aux patients !

A. Grimaldi, C. Sachon

VU POUR VOUS

Diabétiques : à vos carrés de sucre et carrés de beurre !

Aujourd'hui nous mangeons trop gras ! Voici une affirmation souvent entendue et certainement vraie, mais comment faire pour s'y retrouver dans toutes ces graisses, et en particulier lorsqu'elles sont cachées. Comment faire pour que l'alimentation de nos patients soit moins riche en lipides et plus équilibrée en glucides.

Voici une question de toujours, pour laquelle les messages sont souvent difficiles à faire passer. L'équipe de diététique du service de diabétologie de La Pitié a tenté de donner une réponse plus simple et plus imagée. En partant du principe que les messages diététiques sont souvent complexes et les conseils souvent trop rigides pour être mis en application, l'objectif de leur travail a été de simplifier et de rester pragmatique. L'autre préoccupation qui a été prise en compte est la visualisation de la composition des aliments en glucides et lipides, d'où la matérialisation de ceux ci sous forme de morceaux de carrés de

sucre et de beurre. On peut constater que le côté ludique n'a pas été oublié, et nous voici en train de jouer à un jeu de construction de briques de sucre et de beurre.

L'ensemble des cours, ou ateliers diététiques fait dans ce service est basé sur l'utilisation de ces carrés. Ces ateliers ont lieu lors d'hospitalisation de jour (diabète de type 2, diabète et grossesse), ou de semaine (diabète de type 2, insulinothérapie fonctionnelle).

Les ateliers diététiques se déroulent tous selon un scénario semblable. Avant l'arrivée des patients, la diététicienne présente, avec des aliments factices, la composition des trois repas principaux d'une journée. En fonction de l'objectif fixé pour l'atelier les repas présentés seront différents : alimentation équilibrée autour de 2000 calories - 250 grammes de glucides, alimentation hyperlipidique, travail sur les équivalences glucidiques...

Une fois les patients arrivés, la première partie de l'atelier est consacrée à expliquer le déroulement du cours et à donner quelques principes généraux sur l'alimentation :

- * « Pourquoi doit-on manger ? »
- * « Manger ce que l'on brûle. Le sucre est brûlé, le gras brûlé ou stocké. »
- * « Comment sont réparties les graisses dans l'organisme (le gras du ventre). »
- * « Quelles sont les conséquences pour le diabète ? »

L'énergie apportée par les aliments est aussi abordée, et ce concept permet d'introduire les carrés de sucre, de couleur blanche et apportant chacun 5 g, et de beurre, de couleur jaune, de valeur égale à 10 g. Le principe d'utilisation des carrés est expliqué grâce à des exemples :

- * une pomme contient 15 g de glucides, elle apporte donc 3 carrés de sucre ;
- * un demi avocat contient 20 g de lipides, soit 2 carrés de beurre...

Le langage employé est volontairement simple et imagé.

L'introduction faite, l'utilisation des carrés expliquée, la diététicienne revient sur les repas présentés. Elle demande aux patients de déterminer le nombre de carrés de beurre et de sucre pour chaque aliment présent et pour chaque repas. Pour cet exercice, les patients ; 5 à 7 par session, vont travailler seuls, la diététicienne les ayant quittés, et disposent d'environ 20 minutes. On assiste alors à l'organisation du groupe : celui qui exécute, celui qui fait les calculs, celui qui dirige... Ils vont avoir recours à ce qui leur a été dit, à leur connaissance antérieure, à leurs croyances alimentaires.

Lorsque la diététicienne revient, les patients présentent leurs résultats et l'on procède à la correction. On commence par les aliments contenant des sucres et les équivalences glucidiques sont abordées. Dans le même temps la diététicienne introduit la notion d'un budget à dépenser dans la journée, égale à 50 carrés de sucre, à répartir selon ses habitudes.

Puis vient le tour des produits contenant des lipides. On commence par les fritures, puis les VOP (viande-œuf-poisson) et la charcuterie, et enfin les produits laitiers. Des nuances sont apportées concernant le mode de cuisson

et de préparation des aliments, et le choix de morceaux, surtout pour les viandes et poissons, plus ou moins gras. Les boissons alcoolisées sont introduites ici : « le vin se transforme en lipide, une bouteille de vin contient 8 carrés de beurre » (symbolisation volontaire pour les triglycérides).

A la fin de l'atelier, les patients reçoivent, le plus souvent, le « Dictionnaire Savoureux » distribué par les laboratoires Bayer, qui utilise le même type de calcul, en carrés de sucre et de beurre. Les patients sont invités à calculer eux-mêmes leurs apports sous forme de carrés de beurre et de sucre, et à adapter leurs apports alimentaires aux conseils donnés au cours de l'atelier.

Lors de la semaine d'hospitalisation pour les patients atteints de diabète de type 2, un deuxième atelier, fait selon le même principe a lieu. Son objectif est d'aborder l'équilibre alimentaire et de travailler plus concrètement sur les équivalences glucidiques et lipidiques. C'est aussi l'occasion pour les patients de poser des questions et de parler de choses concrètes : les repas de fêtes, certains plats (la choucroute, le couscous, la raclette...), les écarts... Lors de l'hospitalisation de jour dédiée au diabète de type 2, les mêmes notions sont abordées en un seul atelier, le message principal que l'on tente de faire passer ici est : « manger plus de glucides et moins de lipides. ».

Pour les patients avec diabète de type 1, l'hospitalisation de semaine a pour objectif de mettre en place avec eux une insulinothérapie fonctionnelle. Deux ateliers diététiques ont lieu pendant la semaine. Lors du premier la diététicienne reprend le principe de l'insulinothérapie fonctionnelle, où les apports d'insuline rapide ou analogue rapide de l'insuline est adaptée au repas qui va suivre l'injection. Pour pouvoir appliquer ce principe, il est important de bien connaître les quantités de glucides contenu dans les aliments. Ainsi ce premier atelier va principalement porté sur la reconnaissance des aliments contenant des glucides et leur teneur en sucre. L'atelier se termine par le repas. Les aliments arrivent en vrac de la cuisine. Les patients réalisent leur glycémie capillaire, puis avec l'aide de la diététicienne, chacun décide de ce qu'il veut manger et calcule son apport de glucides et donc la dose d'insuline à injecter. Ceci permet de mettre en application immédiatement les notions théoriques travaillées pendant le cours.

Le deuxième atelier de cette semaine est, comme pour le type 2, consacré à des situations particulières et aux questions des patients. On aborde le repas Mac Do, la pizza, le sandwich; le repas crêpes, nems, couscous, viennoiserie... A chaque fois la diététicienne détaille les composants du plat, fait repérer les aliments contenant des glucides et évalue les quantités apportées, qui sont traduites en dose d'insuline rapide. A la sortie les patients reçoivent le fascicule « Insuline rapide Humalog® et apport de glucides » écrit par les diététiciens du service.

Enfin un atelier diététique a aussi lieu lors de l'hospitalisation de jour concernant diabète et grossesse. Ici sont plus particulièrement abordés la notion de répartition des aliments au cours de la journée, le fractionnement, la gestion des équivalences, l'importance des produits laitiers, mais aussi les précautions à prendre face à la listériose et à la toxoplasmose. Des conseils sont donnés à la sortie.

Le principe de l'utilisation des carrés de beurre et de sucre nous a semblé très intéressant. Il s'agit d'un support très visuel qui permet en un seul cours de globaliser simplement plusieurs thèmes :

- * la teneur en sucre et en lipides d'un aliment, d'un repas;
- * le calcul d'une journée alimentaire.

Les patients apprécient beaucoup cette façon de faire, surtout ceux qui sont hospitalisés pour mise en place d'une insulinothérapie fonctionnelle, lorsque le cours est suivi de « travaux pratiques » dès le repas suivant.

Quelques remarques sont pourtant à faire :

- * le patient ne reçoit pas de ration personnalisée pour la sortie;
- * le principe d'une alimentation à 2000 kcal dont 80 g de lipide et 250 g de glucides pour tous, pourrait être discuté surtout pour les patients obèses;
- * pour les patients en insulinothérapie fonctionnelle, l'équilibre alimentaire, la mixité des repas, l'index glycémique sont peu ou pas abordés;
- * enfin, faute de temps, il n'y a pas de suivi en consultation, et même si les patients semblent adhérer complètement au concept sur le moment, il nous semble important d'avoir une évaluation à moyen et long terme.

N'empêche que l'idée nous a suffisamment séduites pour vouloir introduire les petits carrés dans nos cours.

Yveline Girard, Odette Pelleter,
Annie Siaud, Annie Tréhiou - Paris

TESTÉ POUR VOUS

Capteur de glucose : intérêt éducatif

Le concept de capteur de glucose remonte aux années 70. Il s'agissait d'un capteur implanté capable d'informer une pompe elle aussi implantée pour réaliser un « pancréas artificiel ». En attendant l'aboutissement, peut-être proche, du concept, on sait ce qu'il advint : les pompes se sont développées indépendamment, en restant externes, sous cutanées.

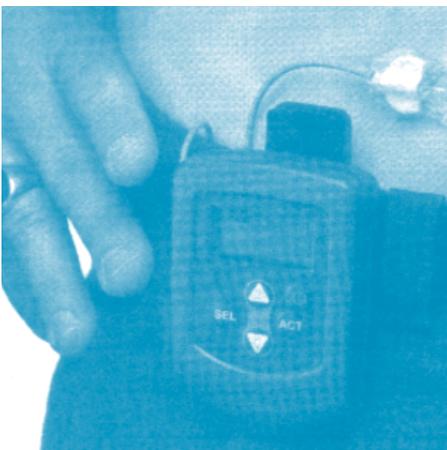
Les capteurs ont fait de même, les problèmes de tolérance au long cours et de dérive obligeant à une calibration fréquente et un remplacement au bout de quelques jours ⁽¹⁻⁶⁾.

L'intérêt de tels systèmes est de réaliser un enregistrement glycémique quasi continu possiblement en ambulatoire sur plusieurs jours, permettant ainsi de documenter les fluctuations glycémiques et donc de diagnostiquer des problèmes tels que: hypoglycémies méconnues ou phénomène de l'aube. Comme l'autocontrôle glycémique, comme les glycémies pratiquées de façon répétée en cours d'hospitalisation, de telles informations peuvent avoir non seulement une valeur diagnostique mais éducative: le fait de mettre le doigt sur un problème permet au patient de mieux le comprendre pour

ensuite le corriger lui-même. Mais pour avoir une réelle valeur éducative, il faudrait que de tels enregistrements soient prolongés plusieurs jours ou répétés fréquemment, ce qui n'est pas le cas. Voici pourquoi, à mon sens, le capteur de glucose est plus un outil diagnostique qu'éducatif. Nous verrons ci-dessous les techniques actuellement disponibles en pratique, avec leurs performances, puis leurs modalités d'utilisation clinique, avec leurs indications :

1) Techniques

a) Le capteur CGMS



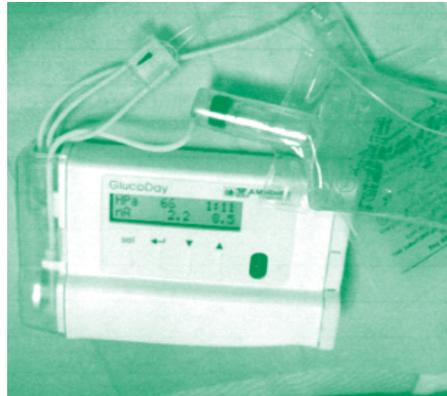
Il est commercialisé en France et dans le monde depuis 2 ans par les laboratoires MEDTRONIC-MINIMED⁽¹⁻³⁾. Le capteur est une petite électrode souple stérile recouverte de glucose oxydase produisant un faible courant proportionnel à la glycémie interstitielle. Cette électrode mesure la glycémie toutes les 10 secondes. Un moniteur collecte les signaux et les flux du capteur via un câble qui enregistre la moyenne des signaux toutes les 5 minutes fournissant ainsi jusqu'à 288 valeurs journalières.

Le capteur est inséré sous la peau de l'abdomen est nécessaire environ 1 heure pour être opérationnel, puis demande 4 calibrations par jour au moyen de 4 glycémies capillaires. Le dispositif, prévu pour des durées maximum de 72 heures, ne fournit pas la glycémie instantanée, l'exploitation des données ne pouvant être effectuée qu'à posteriori après rendu des résultats via un logiciel informatique.

Les expériences cliniques aussi bien en hospitalisation⁽⁷⁾ qu'en ambulatoire⁽⁸⁾ montrent que ce dispositif donne des résultats interprétables pour en moyenne 50 à 70 % de sa durée de pose, résultats en corrélation cliniquement suffisante avec les glycémies plasmatiques, sans

être statistiquement parfaites avec cependant des réserves pour certains auteurs⁽⁹⁾ pour les valeurs glycémiques basses.

b) Le capteur GLUCODAY



Le GLUCODAY (Ménarini Diagnostics, Italie) a été commercialisé tout récemment dans différents pays d'Europe dont la France. Le principe est également basé sur l'oxydation du glucose, mais ce dernier est obtenu grâce à un système de microdialyse du liquide interstitiel. Une fibre poreuse (0,3 mm, diamètre externe) est introduite en sous cutané. Un liquide circule à travers cette fibre en micro débit et est récupéré à l'extrémité de la fibre après son passage dans la partie sous cutanée, où il s'enrichit en glucose. Le liquide est ensuite analysé dans un boîtier portable à la fois doseur et moniteur, grâce à une méthode classique à la glucose oxydase. Les mesures sont effectuées toutes les 3 minutes. L'appareil ne nécessite qu'une seule glycémie capillaire de calibration pour ses 48 heures de durée de fonctionnement évitant de ce fait tout apprentissage du patient à l'inverse du CGMS. Il permet l'analyse de ces données en instantané et dispose d'alarmes glycémiques fixées par le clinicien. Une évaluation de l'exactitude montre des résultats proches de ceux du CGMS⁽⁴⁾. Le tableau ci-dessous compare les deux techniques⁽¹⁰⁾.

2) Modalités d'utilisation

Au stade actuel, ce que nous pouvons appeler le «holter glycémique» permet donc d'explorer l'équilibre et les fluctuations glycémiques mais ne peut remplacer ni les lecteurs glycémiques ni les cycles plasmatiques. Il peut cependant, à moindre coût par rapport à une hospitalisation classique de plusieurs jours, documenter avec suffisamment de précision les épisodes de déséquilibre glycémique, notamment les hypoglycémies méconnues en particulier nocturnes, si fréquentes. Un enregistrement par capteur peut aussi être intéressant en cas de discordance entre données de laboratoire telles que l'hémoglobine glyquée élevée et les données d'autocontrôle glycémique.

Ainsi dans mon expérience personnelle, j'ai noté chez quelques patients des ondes hyperglycémiques postprandiales majeures et prolongées méconnues pouvant expliquer une discordance entre une hémoglobine glyquée et des glycémies uniquement préprandiales paradoxalement dans les limites de l'acceptable. L'enregistrement glycémique continu notamment en nocturne permet aussi d'évaluer avec précision la durée d'action d'une insuline et l'existence d'un échappement de fin de nuit, ainsi clairement différencié d'un simple sous dosage en insuline nocturne. Une fois les données du capteur téléchargées et imprimées sur papier, une discussion/éducation peut s'engager entre le médecin et le patient autour des courbes glycémiques, tellement plus parlantes que les habituelles colonnes de chiffres (fig. 3).

En conclusion

Même si le holter glycémique représente une dépense non négligeable de l'ordre 50 euros par enregistrement, seu-

	CGMS MiniMed®	Glucoday® Ménarini®
Méthode	Glucose oxydase sur capteur sous-cutané	Glucose oxydase par méthode de microdialyse
Durée	72 heures	48 heures
Calibration	4 par 24 heures(12 au total)	1 par 48 heures
Résultats	A posteriori	Online
Mesures	Toutes les 5 minutes	Toutes les 3 minutes
Limites mesurées	40-400 mg/dl	20-600 mg/dl
Prix	Moniteur : 2870 € Capteur : 47 € Câble à changer tous les 6 mois	Moniteur : 4500 € Kit patient : 99 €

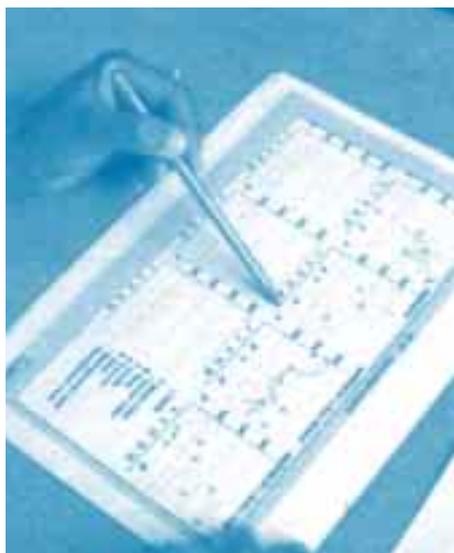


Figure 3.

lement pour le consommable, il peut avoir un réel intérêt médico économique en réduisant la fréquence des hospitalisations lorsque celles-ci ont seulement pour but la documentation des fluctuations glycémiques et en améliorant la précision du diagnostic et la portée des conseils thérapeutiques lors d'une consultation ou d'un hôpital de jour. Les prochaines versions, qui elles auront un réel intérêt éducatif, comporteront une lecture en temps réel sur plusieurs jours ou du moins des alarmes d'hypo et d'hyperglycémie.

JL. Selam - Paris

Références

- 1/ Mastroianni JJ. The MiniMed Continuous Glucose Monitoring System. *Diabetes Technol Therapeut* 2000;2(suppl.1): 13-18.
- 2/ Gross TM, Bode BW, Einhorn D, et al. Performance evaluation of the MiniMed Continuous Glucose Monitoring System during patient home use. *Diabetes Technol Therapeut* 2000;2:49-56.
- 3/ Gross TM, Ter Veer A. Continuous Glucose Monitoring in previously unstudied population groups. *Diabetes Technol Therapeut* 2000;2(Suppl.1):27-34.
- 4/ Maran A, Crepaldi C, Tiengo A et al. Continuous subcutaneous glucose monitoring in diabetic patients. *Diabetes Care* 2002; 25:347-352.
- 5/ Garg SK, Potts RO, Ackerman NR, Fermi SJ, Chase HP. Correlation of fingerstick blood glucose measurements with GlucoWatch Biographer glucose results in young diabetic subjects with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:1708-1714.
- 6/ Tamada JA, Garg S, Jovanovic L, Pitzer KR, Fermi S, Potts RO. Noninvasive glucose monitoring. Comprehensive clinical results. *JAMA* 1999;282: 1839-1844.
- 7/ Radermecker R et al. Evaluation de l'exactitude du capteur de glucose MiniMed® en pratique hospitalière. *Infu-Systèmes* 19:10-13- 2002.
- 8/ Djakouré C, Radermecker R et al. Accuracy of the continuous glucose monitoring system in inpatient and outpatient conditions (en soumission3).
- 9/ MacGowan K, Thomas W, Moran A. spurious reporting of nocturnal hypoglycemia by CGMS in patients with tightly controlled type I diabetes. *Diabetes care* 25:1499-1503,2002.
- 10/ Radermecker R. Monitoring contenu du glucose interstitiel: le Glucoday de Ménarini Diagnostics. *Infu. Systèmes* ;19:27,2002.

DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

Intelligence émotionnelle

Il existe différentes façons de définir l'intelligence. Ici nous retiendrons la suivante :

« *L'intelligence est la capacité de s'accommoder et de s'adapter à toutes les exigences du monde environnant.* »

La façon la plus commune et l'une des plus anciennes d'évaluer l'intelligence d'un individu est de mesurer son quotient intellectuel :

$QI = \text{âge mental} / \text{âge réel} \times 100$; où l'âge mental est déterminé par un test, basé sur les connaissances linguistiques et logico-mathématiques, spécifiques pour un âge, et où la réponse moyenne pour l'âge donné est connue.

Cette « mesure » de l'intelligence est basée principalement par sur les performances scolaires. Mais la question que l'on peut poser est : est-ce que l'intelligence se résume au QI. Il semblerait que non, et, nous savons tous par expérience, qu'un QI élevé ne permet pas

toujours de s'adapter aux exigences de la vie. Ainsi pour réussir dans la vie d'autres qualités, non prises en compte par le QI, sont importantes, y compris dans la réussite scolaire comme par exemple la capacité :

- de se motiver et de persévérer pour atteindre un objectif, malgré d'éventuelles frustrations ;
- de contrôler les impulsions et d'attendre la gratification ;
- de gérer ses émotions et d'éviter que la douleur empêche le raisonnement ;
- d'être empathique et d'espérer.

On définit huit types d'intelligence (Tableau 1), certains font appel aux connaissances scolaires (langage, mathématiques, logiques), d'autres font partie de l'intelligence émotionnelle (connaissance des espèces animales et végétales, l'intelligence intra-personnelle et inter-personnelle). Certains d'entre nous sont « très intelligents » pour un de ces do-

Tableau n° 1 : Les huit types d'intelligence

1. Verbale et langage

- Capacité de parler un langage intelligible et convaincant,
- Capacité de raconter des histoires originales.

2. Mathématique, logique

3. Spatiale

- Importante pour les artistes ou les architectes.

4. Kinesthésique

- Capacité de se mouvoir dans l'espace avec grâce et fluidité ;
- Capacité de tenir les objets avec adresse ;
- importante par exemple pour les danseurs.

5. Musicale

- Capacité de retenir, jouer ou composer de la musique.

6. Naturaliste

- Capacité à reconnaître les espèces animales, végétales
- Et avoir du plaisir à le faire.

7. Intra-personnelle

- Avoir un contact direct avec ses émotions, ses sentiments et son irrationnel.

8. Inter-personnelle ou sociale

- Être sensible aux sentiments, motivations, intentions des personnes qui nous entourent. Elle fait appel à 4 capacités :
 - Leadership,
 - Capacité à établir des relations et à garder des amis,
 - Capacité à résoudre les conflits,
 - Être qualifié en analyse sociale.

maines et seront considérés comme parfaitement « stupides » pour d'autres. La notion d'intelligence émotionnelle est empruntée à deux chercheurs, Peter Salovey et John Mayer, qui ont en 1990, proposé de rassembler sous ce vocable un ensemble de compétences comportementales et cognitives qu'ils considéraient comme profondément liées les unes aux autres :

- savoir reconnaître ses propres émotions et les analyser;
- savoir les maîtriser, en particulier celles qui ont un effet dépressif ou perturbateur;
- pouvoir mettre ses émotions au service d'un but (motivation);
- être capable de reconnaître les émotions des autres et les partager (empathie);
- être capable d'agir sur les émotions des autres.

Il s'agit de d'après ces auteurs de « la capacité de comprendre les émotions en soi et chez les autres, et d'utiliser ces émotions comme des guides informationnels pour la pensée et l'action », soit :

- la perception/expression des émotions, leur utilisation, leur compréhension et leur gestion;
- qui s'oppose à l'intelligence scolaire mesurée par le QI, qui rentre en compétition avec la culture dominante, après avoir observé que l'intelligence personnelle est plus importante que le QI pour s'adapter aux exigences de la vie.

On peut ainsi simplifier les différentes définitions de l'intelligence, et résumer en disant qu'il existe deux formes d'intelligence : l'intelligence rationnelle ou cognitive et l'intelligence émotionnelle. Pour pouvoir faire face aux différentes situations rencontrées, deux types de décisions sont nécessaires :

- calmes et réfléchies... mais lentes à se définir;
- rapides et instinctives... mais imprécises. Ces décisions sont toute fois essentielles à la survie de l'espèce humaine. Par exemple la peur sert à se protéger de l'agression, à fuir le danger.

La localisation des « centres » de ces deux types d'intelligence a été identifiée :

- l'intelligence rationnelle dépend du cortex cérébral, et est mesurée par le QI;

- la réactivité instinctive dépend du système limbique et de la région amygdalienne, sa mesure est beaucoup plus difficile et la mesure du quotient émotionnel (QE) n'est pas encore au point. On n'a pas, comme pour le QI, de test simple et rapide à notre disposition.

Ces deux types d'intelligence ne doivent pas être opposés, ils sont complémentaires : les émotions conditionnent les pensées et les décisions, mais la raison contrôle les réactions émotionnelles. L'intelligence émotionnelle permet de prendre de meilleures décisions rationnelles qui se fondent sur une perception plus exacte de la réalité. Nous sommes loin des gestionnaires rationnels et insensibles à ce qui les entoure. Les sentiments sont indispensables pour la prise de décisions que l'on croit rationnelles, mais le contrôle des émotions a permis aux hommes de vivre en groupe et de maintenir des relations interpersonnelles essentielles à leur survie.

Toutes les émotions aussi variées soient elles dérivent de 8 émotions primaires : colère, peur, tristesse, plaisir, amour, surprise, déplaisir, honte (Tableau 2). Ces émotions sont identiques dans toutes les cultures primitives ou évoluées. Comme pour les quatre couleurs primaires, ces 8 émotions peuvent se mélanger à l'infini. Par exemple la jalousie est la résultante de la combinaison de 3 émotions primaires : l'amour, la peur et la colère.

Différents composants interviennent dans ce sentiment :

- des pensées du type « si mon partenaire me quitte pour quelqu'un d'autre, mon monde va s'écrouler »;
- des états psychologiques comme le rejet;
- des états biologiques, par exemple nervosité, trouble circulatoire;
- les intentions d'agir comme la capacité à faire quelque chose de douloureux à soi même, à son partenaire ou à son rival.

L'intelligence émotionnelle désigne les qualités qui permettent à la plupart des gens d'utiliser leurs émotions et motivations comme des forces pour progresser et gérer harmonieusement les relations interpersonnelles. L'intelligence émotionnelle recouvre ainsi 5 domaines (Tableau 3); 3 qui concernent nos propres émotions et 2 qui concernent les relations interpersonnelles :

★ **Reconnaissance de ces propres émotions et confiance en soi** (conscience de soi) : elle permet de reconnaître ses émotions telles qu'elles sont. C'est la pierre angulaire de la compétence émotionnelle qui supporte tous les autres domaines.

★ **Contrôle de ses émotions ou maîtrise de soi** (autorégulation) : consiste à gérer ses émotions quand la situation le demande. Ce domaine est bâti sur la prise de conscience des émotions et traduit le savoir faire face aux échecs, à l'anxiété, l'irritabilité, en gardant espoir.

Tableau n° 2 : Les émotions primaires

(entre parenthèses, l'aspect pathologique de l'émotion)

1. Colère

→ Fureur, outrage, ressentiment, exaspération, vexation, acrimonie, animosité, indignation, irritabilité, désagrément, hostilité (*violence*)

2. Peur

→ Anxiété, appréhension, nervosité, consternation, souci, doute, circonspection, scrupule, effroi, terreur (*phobie, panique*)

3. Tristesse

→ Mélancolie, apitoiement, chagrin, rejet (*dépression sévère*)

4. Plaisir

→ Joie, contentement, bonheur, enchantement, amusement, fierté, plaisir sexuel, ravissement, enthousiasme, gratification, satisfaction, euphorie, extase (*manie*)

5. Amour

→ Acceptation, amitié, confiance, tendresse, affinité, dévotion, adoration, infatuation

6. Surprise

→ Choc, émerveillement, étonnement, abasourdissement

7. Déplaisir

→ Dédain, raillerie, aversion, abhorrer, dégoût, révolusion

8. Honte

→ Culpabilité, embarrasser, remords, humiliation, regret, mortification, contrition

Tableau n° 3 : les cinq domaines de l'intelligence émotionnelle

Compétences personnelles

Conscience de soi : Des états, préférences, ressources et intuitions intérieures.

Autorégulation : Des états, impulsions et ressources intérieures.

Motivation : Tendances qui facilitent l'atteinte des buts.

Compétence interpersonnelles

Empathie : Conscience des sentiments, des besoins et des préoccupations des autres.

Compétence sociale : Apte à produire les réponses voulues chez les autres.

Elle permet d'éviter les coups émotionnels ou la mauvaise humeur intempestive, quand ceux-ci ne sont pas efficaces ou appropriés. Ainsi on préserve ses capacités d'innovation et d'adaptabilité. Enfin elle permet le contrôle des pulsions. Elle permet d'avoir une motivation satisfaisante.

★ La **motivation** est la capacité à être ferme dans l'intention de poursuivre ses objectifs, sans découragement et sans s'arrêter à d'éventuels échecs. Ce domaine nécessite une capacité à rassembler les émotions, à différer la satisfaction et à renforcer l'impulsivité, au service de l'objectif fixé.

★ L'**empathie** est le premier domaine des relations interpersonnelles. Il repose sur la reconnaissance des sentiments de l'autre. Être empathique c'est savoir reconnaître les états émotionnels d'autrui en partageant l'affect, capacité à cerner les autres, à adopter leurs sentiments et leurs points de vue, à avoir un intérêt réel pour leurs préoccupations. C'est une capacité essentielle pour mes métiers de la santé, de l'éducation, de la direction d'équipe, car elle permet une grande capacité à communiquer avec les autres.

★ La **compétence sociale** consiste à utiliser l'empathie pour gérer les émotions des autres et partager aux autres nos propres émotions. Elle permet de les persuader et ainsi d'obtenir un soutien réel et actif de la part des autres. Il s'agit d'être apte à produire les réponses voulues chez les autres.

Les champs d'application de l'intelligence émotionnelle sont multiples. On peut citer : les relations de couple, la direction d'hommes, l'éducation des enfants, la traumatologie, la médecine...

En médecine l'intelligence émotionnelle devrait avoir une place importante. Le domaine de la maladie est par excellence le domaine où les sentiments sont roi. La non prise ne compte du côté émotionnel des patients par le personnel médical est responsable d'une diminution de l'efficacité aussi bien sur le terrain thérapeutique que préventif. Il est particulièrement important de savoir détecter, et travailler avec les émotions négatives ou « toxiques », comme l'est : la colère, le stress et l'anxiété, la dépression, le pessimisme et l'isolement. Pour les soignants tous les domaines de l'intelligence émotionnelle sont importants :

- Les personnels pour contrôler ses émotions ;
- Les interpersonnels car ils permettent de reconnaître les problèmes des patients, comprendre la raison de la bonne compliance, reconnaître les besoins.

L'empathie est primordiale dans cette relation, elle permet d'établir une relation de confiance et la compétence sociale augmente la motivation des soignants et des soignés, qui deviennent plus réceptifs au message délivré. Cela ne veut pas dire que l'intelligence rationnelle n'a pas sa place, elle est aussi très importante, en particulier pour l'acquisition des connaissances ; de plus elle permet d'utiliser un langage précis qui évite confusion et malentendu. L'intelli-

gence émotionnelle, elle permet d'aborder les sentiments et besoins, elle est primordiale pour la mise en pratique des connaissances acquises (« savoir être »).

Dans la maladie chronique, donc dans le diabète, patients et maladie sont dynamiques et évolutifs. Cela impose aux soignants une plus grande flexibilité. Il est important ici de reconnaître et d'utiliser les sentiments des patients pour les convertir en motivation positive. L'empathie est alors nécessaire, et on fera appel à l'intelligence émotionnelle, mais aussi rationnelle. Ce n'est qu'à ce prix que l'acceptation de la maladie, le diabète, pourra être obtenue, pour aider le patient à retrouver le plaisir de vivre.

Helen Mosnier-Pudar (Paris)

D'après la communication du
Pr. Aldo Maldonato - Pdt du DESG
Frascati 03/2002

LECTURES

1. Salovey P & Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality* 1990;9 :185-211.
2. Goleman D. Intelligence émotionnelle. Tome 1 & 2. Édition Rober Lafont.
3. Gardner H. Frames of mind. The theory of multiple intelligences. 1983.
4. Gardner H. Les formes de l'intelligence. Edition Odile Jacob.
5. Ekman P. Are there basic emotions? *Psychological Review*;1992,99 :550-553.
6. Ekman P. Basic emotions. In T Dalgleish & M Power (eds) : *Handbook of cognition and emotion*. Sussex, UK : John Wiley & Sons, Ltd., 1999.

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Les stratégies d'ajustement ou de *Coping** liées au VIH/SIDA

Illustrations cliniques de la prise en charge psychologique des africains en milieu hospitalier

Une ébauche de réflexion a été réalisée grâce à l'accompagnement et la prise en charge psychologique de patients séropositifs à l'hôpital de Gonesse, dans le cadre d'une hospitalisation de jour, d'une hospitalisation complète ou d'une consultation externe.

Partant d'une approche théorique, nous y apportons des illustrations cliniques issues des différents entretiens psychologiques.

A - Les processus d'évaluation (Lazarus et Folkman, 1984)

1- *L'évaluation primaire* est un processus cognitif qui permet à la personne de situer le problème : perte (corporelle, relationnelle ou matérielle...), menace ou défi (possibilité d'un bénéfice personnel, social ou familial). La nature de

l'évaluation détermine en quelque sorte la qualité et l'intensité de l'émotion. Un sujet qui évalue une perte ou une menace aura tendance à développer des émotions négatives comme la honte, la colère ou la peur alors que l'évaluation d'un défi implique des émotions positives telles que la passion ou l'euphorie.

2- L'évaluation secondaire est une étape où la personne se pose les questions concernant la perte, la menace ou le défi en essayant de remédier à la perte, de prévenir la menace ou d'en obtenir le bénéfice. **Les stratégies de coping** sont alors envisagées et différentes options se présentent tels que le changement de la situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la quête davantage d'informations, la recherche de soutien social ou l'action impulsive.

Cette évaluation donne donc accès aux **stratégies de coping** qui feront face à l'événement stressant selon trois modes différents : **coping centré sur l'émotion** dont le but est de diminuer la tension émotionnelle sans pour autant modifier le problème, **coping centré sur le problème** qui par le recours à l'action, régule indirectement l'émotion, **coping centré sur l'évitement** où le sujet développe des stratégies de distraction ou de diversion sociale.

Le suivi des personnes séropositives à qui un diagnostic grave a été annoncé dégage des éléments très explicites de ces deux types d'évaluation. **L'évaluation primaire** de l'annonce d'une contamination renvoie souvent à des réactions de différentes sortes. Les patients ressentent une honte immense à avoir été contaminés : « *J'ai honte de moi, je ne suis plus rien. Comment oserai-je fixer le regard d'une personne sans qu'elle ne sache tout de suite que j'ai ça ?* ». Ces patients refusent souvent la proposition que les soignants leur font pour rencontrer des volontaires d'une association d'accompagnement des personnes atteintes du VIH/SIDA. « *Non, je vais être stigmatisé, on va tout de suite deviner que je suis là pour ça. Et puis les africains racontent tout, toute ma famille et tout notre entourage saura...* ». Des signes de colère ou d'incompréhension de la situation apparaissent également. « *Pourquoi ça m'arrive à moi, qu'est-ce que j'ai fait ? Moi qui ai toujours eu un comportement réservé avec les hommes, moi qui ai toujours refusé des propositions de peur de cette maladie... et maintenant ça m'arrive à moi ?* ». « *C'est fini, je suis fichu, ma vie est terminée, comment je vais pou-*

voir vivre avec cette maladie ? Et les médicaments, je vais les prendre toute ma vie ? Et les effets secondaires sur mon corps ?... tout s'écroule devant moi, comme si le ciel m'était tombé sur la tête ». Les personnes, selon les ressources personnelles de chacune, essaient d'élaborer des ébauches de solutions pour baisser cette tension qui les envahit.

L'évaluation secondaire fait suite à ces sentiments de honte, de colère et de peur. Donnons l'exemple d'une patiente qui, n'ayant pas supporté la « charge émotionnelle » liée au diagnostic, est rentrée chez elle sans prévenir l'équipe soignante et n'est retournée à l'hôpital qu'en pleine nuit pour se coucher. Pour elle, c'était le seul moyen de *réguler la tension émotionnelle et sensorielle* (larmes, difficultés respiratoires, sensations thermiques variant du chaud au glacial...) et d'échapper au regard des autres, de sortir du cadre hospitalier perçu comme la source de cette information menaçante.

Après ces deux étapes, viendra le recours aux stratégies de coping avec une tentative de recherche d'informations supplémentaires et la recherche de l'appui des soignants en les sollicitant régulièrement.

L'exemple évoqué montre la succession des étapes de l'évaluation (primaire et secondaire) et du coping. Il est certain qu'on est loin d'être devant un schéma « type », les réactions humaines étant très différentes dans des contextes eux aussi très variés. Mais il nous semble que le temps de latence entre la perception de la situation, son évaluation et la mise en place des stratégies de coping est long. Cette notion mériterait d'être discutée et validée d'une manière standardisée. Elle peut s'expliquer par l'ensemble des éléments menaçants (informations, médias, observation des personnes en fin de vie, contraintes, traitements...) que véhicule le Sida, mais aussi par **les ressources personnelles de la personne**. Ce qui va dans le sens de cette hypothèse est l'exemple de plusieurs patients qui, contrairement à ceux qui se sentent **menacés**, considèrent **la maladie comme un défi, impliquant une nécessité de lutte, de questionnement sur le sens de leur vie...**

3 - L'évaluation des ressources personnelles se fait à partir de différentes caractéristiques telles que **les croyances** : croyance en sa propre capacité ou « *locus of control* » (lieu de

contrôle interne) selon Rotter (1966) et donc la possibilité de contrôler les événements et d'y faire face ; **croyance religieuse** où l'événement revêt une teinte fataliste, celle d'une épreuve venant de Dieu et que la personne est tenue d'accepter. Ces deux modes de croyances sont représentés sans que des études n'aient mis en avant des chiffres situant la prévalence de chacune. Dans la population africaine, les croyances religieuses prédominent, les personnes attribuant ce qui leur arrive à des causes externes incontrôlables mais une pensée fataliste est souvent « masquée » par une pensée plus optimiste même si le contenu reste passif : « *C'est Dieu qui a voulu ça pour moi, de toutes façons, il ne me laissera pas, il va me guérir, il va sûrement trouver une solution, moi je prie et je crois* ».

Une autre caractéristique personnelle est **l'endurance** (ou le hardiness psychologique), notion avancée par Kobasa et al., (1982) pour décrire les personnalités résistantes aux exigences externes et se caractérisant par un lieu de contrôle interne de bonne qualité, un sens de l'engagement et de la responsabilité, une capacité à intégrer les événements comme des défis. Parmi les personnes séropositives, les sujets endurants se montrent prêts à s'engager avec le médecin et se disent prêts à faire alliance avec l'équipe soignante, ils pensent qu'en ayant recours à un bon traitement, ils pourront « maîtriser » leur maladie et « l'empêcher » de se répandre dans leur corps, ils perçoivent le fait d'avoir été mis au courant de leur sérologie en France comme une occasion de « sauver » leur personne : « *Si j'étais en Afrique, je serais mort et je n'aurais jamais su pourquoi... au moins en France, je peux bénéficier des traitements et je ne veux pas rater cette occasion. Quand je vois les jeunes africains de mon entourage familial mourir du Sida, je n'ai pas le droit de refuser de me faire soigner* ».

D'autres personnes séropositives saisissent ces événements comme une occasion **d'enrichissement personnel et de développement de ressources humaines et sociales** : les associations de lutte contre le Sida ayant des objectifs divers sont nées grâce au dynamisme et à la motivation des premiers séropositifs homosexuels et ces initiatives continuent à se répandre aussi bien chez les hommes que chez les femmes (homosexuels ou hétérosexuels). Ces derniers « se sentent exister autrement » en met-

tant leurs ressources personnelles au service des autres et ceci par le biais de la prévention primaire et secondaire, l'organisation de campagnes de sensibilisation de la population, accompagnement des malades hospitalisés, la formation et la création d'emplois de « médiateurs de santé » ayant pour rôle d'accompagner les personnes séropositives dans leurs démarches administratives (régularisation des immigrés, demande d'allocations, aide à l'insertion professionnelle, recherche de logement...).

Les caractéristiques environnementales ont également leur rôle à jouer : caractéristiques de la situation (nature du danger, durée, intensité), les ressources sociales ou le soutien social, l'entourage familial, amical ou professionnel (Cohen et Edwards, 1989).

B - Le coping : une stratégie d'ajustement au stress

Si le coping est décrit comme variant en fonction du contexte, il est surtout un processus développé par la personne pour moduler les émotions et ceci de différentes façons :

1 - L'évitement/vigilance : les deux possibilités d'action développées par une personne en situation difficile sont le détournement de l'attention ou les stratégies d'évitement et les stratégies focalisées sur la situation ou la vigilance. Chez les personnes souffrant de VIH/Sida, les stratégies d'évitement telles que le recours à des pensées banales et neutres lors d'un entretien à visée thérapeutique, la fuite du service d'hospitalisation pendant les heures de passage du médecin, les absences répétées aux consultations... sont des stratégies courantes et elles permettent à la personne de baisser son niveau d'anxiété et de tension émotionnelle, même si celle-ci n'est que ponctuelle. Des formes de stratégies de substitution à visée comportementale ou cognitive peuvent être bénéfiques telles que le sport, les loisirs, la relaxation, la musique ou la lecture...

Un ensemble de stratégies moins adaptées est également observé chez ces mêmes patients qui ont recours à l'évitement de la situation stressante en souhaitant que la pensée envahissante du Sida disparaisse par des moyens risquant de devenir addictifs tels que la consommation tabagique, alcoolique ou médicamenteuse. Cette notion d'évite-

ment s'illustre par le cas de Monsieur G., un jeune patient de 34 ans, en stade C (Stade Sida), qui a fait un long séjour à l'hôpital pour un bilan complet et une mise en route d'un traitement antirétroviral et anti-tuberculeux qu'il a bien accepté. Une fois sorti du cadre hospitalier, la perception de sa situation de santé devenait de plus en plus menaçante et envahissante, ce qui l'a poussé à « éviter » toutes les situations de solitude, source de ruminations mentales.

Des comportements pathologiques sont apparus et ce jeune patient a interrompu la totalité du traitement et a eu recours à l'alcool de manière excessive. *« Je voulais oublier que j'étais malade, je voulais vivre comme tout le monde, je voulais me sentir exister à nouveau car je ne me supportais plus avec cette idée de Sida dans la tête, je croyais que j'allais devenir fou ».*

Selon Suls et Fletcher (1985), cette fuite ne provoque qu'un répit temporaire et s'avère inefficace si la situation menaçante existe, notion qui est approuvée par d'autres recherches qui montrent qu'elle est associée à des symptômes d'anxiété et de dépression allant de pair avec les troubles psychosomatiques (Coyne et al., 1981; Folkman et al., 1986).

Dans le cas de Monsieur G., la situation menaçante persistait alors qu'il avait tenté de déployer tous les moyens de lutte contre ses pensées envahissantes. La consommation d'alcool s'accroissait et des troubles du sommeil apparaissaient régulièrement ainsi que des signes d'anxiété évidents : sensation de boule dans la gorge, crampes et crispations de membres supérieurs et inférieurs, ruminations mentales. Par ailleurs, une dysthymie et une aboulie étaient notées.

Monsieur G. évaluant la situation (évaluation primaire et secondaire) a recours cette fois-ci à une stratégie d'évitement du problème conséquent ou réactionnel à sa maladie, et cette stratégie est de type comportemental et cognitif : elle se traduit en premier par un déménagement (il s'installe en dehors de Paris pour éviter les « tentations » liées à la proximité des bars) et sera suivie d'une initiative de soins. Il se décide à prendre contact avec la psychologue perçue comme médiateur au sein de l'équipe de soins.

C'est à partir de ce schéma comportemental et cognitif que Monsieur G. aura pu accéder à nouveau au système de

soins, lui permettant d'engager une alliance thérapeutique avec l'équipe médicale mais aussi de faire face au problème principal.

Un accompagnement psychologique, en partenariat avec les soignants, a été mis en place en accord avec le patient et a visé plusieurs points : une **meilleure information** sur la maladie et son évolution à partir d'une **lecture d'articles adaptés** (un article par consultation à l'hôpital de jour est proposé, il est introduit par la psychologue et est donné au patient qui le lira et le discutera à la prochaine séance avec la possibilité d'apporter tous les questionnements liés au sujet abordé)¹, un **meilleure acceptation de la maladie**, un **travail sur les croyances irrationnelles et les contenus de pensées négatives liées à la maladie** : *« je ne veux plus rien parce que j'ai le Sida, je ne vais pouvoir vivre que quelques mois, que quelques années peut-être donc ce n'est pas la peine de me soigner »*, un **travail sur l'observance thérapeutique** par le développement des **stratégies d'organisation d'un planning structuré de la journée**, la réflexion autour de nouveaux **projets professionnels et d'activités personnelles...**

Ce mode de prise en charge thérapeutique aide le patient à **mieux prévenir et contrôler la situation menaçante en ayant recours à des stratégies de type « vigilance »** qui consistent à focaliser l'attention sur le problème, contrairement à l'évitement qui détourne l'attention du problème. Il est indispensable de noter que si le coping vigilant ne se fait pas d'une manière autonome par la personne, celle-ci est accompagnée à y accéder **sans que cette stratégie ne lui soit imposée par le thérapeute.**

2 - Les activités cognitives apparentées au « déni » sont un second moyen d'altérer la signification subjective de l'événement. Très variées, ces activités s'expriment sous la forme de la prise de distance par la distraction (penser à une chose ou un événement agréable), l'exagération des aspects positifs d'une situation : *« depuis que je suis séropositif, tout va mieux dans ma vie »*, l'humour, la sous-estimation des aspects négatifs de la maladie : *« la toxoplasmose que j'ai eu au cerveau, ce n'était rien de grave... un simple trou sur l'IRM, mais moi je vais très bien »*; ou dire que c'est une simple plaie sur la jambe alors que c'est un kaposi - cancer de peau nécessitant des séances de chimiothérapie - et la réévaluation positive en transformant

la menace en défi : « *je suis séropositif mais ma vie ne s'arrête pas là, je vais en Afrique et je vais monter une équipe de football. Je vais faire tout mon possible pour que mes plans réussissent en combattant de toutes mes forces ma maladie* » dit Monsieur W.

Ces activités cognitives (proches du déni) sont indispensables quelquefois au maintien de l'intégrité physique et psychique de la personne séropositive; elles génèrent des émotions positives et favorisent la baisse du niveau de tension surtout lorsque le coping centré sur le problème est difficile à développer (perte d'un proche, cancer évolutif incurable...). Elles sont par conséquent évaluées et régulées avec prudence avec la personne concernée.

3 - Les efforts comportementaux actifs consistent à mettre en place des stratégies pour affronter un problème et le résoudre. Ils sont étroitement liés aux ressources personnelles du patient et du soutien familial et psychologique dont il bénéficie et impliquent l'élaboration de plans d'actions pour modifier la situation que la personne est en train de vivre. Dans le cas des personnes séropositives, modifier la situation est impossible et parler de coping centré sur l'action, sur le problème, consiste à agir pour modifier « **certaines éléments ou aspects de la situation vécue** » : la maladie étant un fait accompli tant qu'aucun traitement curatif n'est encore disponible.

Si le coping « évitant » (processus passif : évitement, fuite, déni, résignation, fatalisme, agressivité...) qui s'apparente au coping centré sur l'émotion de Lazarus et Folkman, a pour rôle de réduire les tensions et de moduler l'émotion engendrée par la situation, le coping « vigilant » (*processus actif* : recherche d'information, de soutien social, plans d'action, recherche et élaboration de moyens...) apparenté au coping centré sur le problème, a pour fonction d'affronter la situation avec des efforts cognitifs et comportementaux pour la résoudre activement. Il est certain que la qualité et l'efficacité des stratégies d'ajustement dépend de l'évaluation que fait la personne de ses stratégies (Schonplug et Battman, 1988).

La réévaluation du problème qui est une stratégie perceptivo-cognitive a pour mission de réduire l'écart perçu entre les menaces et les ressources perçues afin de rendre la situation plus tolérable. Il apparaît ainsi que le coping, loin d'être une simple réponse au stress, correspond

à une stratégie **multidimensionnelle** de contrôle dont l'objectif est de modifier la situation menaçante ou de l'appréciation que le sujet en fait mais aussi de l'affect associé à cette situation de menace (Dantchev, 1989). L'efficacité fonctionnelle des stratégies de coping est une notion importante à discuter afin de voir dans quelle mesure elles permettent à l'individu de réduire l'anxiété ou la tension induite par une situation.

C - Efficacité des stratégies de coping

Une évaluation multidimensionnelle des critères du coping permet d'en apprécier l'efficacité : « **une stratégie est adéquate si elle permet au sujet de maîtriser ou de diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique** » selon différents auteurs (Lazarus et Folkman, 1984; Folkman et al., 1986; Rivolier, 1989; Di Matteo, 1991). **Face à une situation menaçante, quelle est la stratégie fondamentale (coping centré sur l'émotion ou coping centré sur le problème) qui sera la plus efficace pour réguler les tensions? et de modérer la relation stress-détresse?**

Les stratégies actives ne sont efficaces que si le contrôle de la situation est possible par le sujet et les stratégies de coping centrées sur l'émotion seraient plus adaptatives dans les situations où les possibilités de contrôle sont nulles ou faibles (Therry, 1994; Terry et Hynes, 1998). Le déni et la réévaluation positive peuvent être un bon compromis de stratégies d'ajustement à la maladie pour les personnes souffrant de cancer ou de Sida. Si les conditions de prise en charge sont bonnes et en fonction des particularités de la maladie et des ressources et caractéristiques personnelles et perceptivo-cognitives du sujet, ce dernier développera la stratégie la plus efficace.

Prenons l'exemple de Madame P., une patiente africaine âgée de 30 ans. Elle était séropositive depuis plusieurs années et n'avait pas développé de maladie opportuniste² jusque-là. Elle bénéficiait d'un traitement antirétroviral et est bien insérée socialement et professionnellement. Suite à des vomissements violents, des céphalées intenses et un état fébrile important, elle est hospitalisée en urgence et un bilan complet est réalisé. Ses résultats biologiques montrent une baisse importante du taux de CD4 (lym-

phocytes responsables des défenses immunitaires) et une élévation « flamboyante » de sa charge virale (ce qui correspond au dosage plasmatique de la quantité de virus actifs/ml). Le scanner montre des lésions cérébrales qui confirment un diagnostic de toxoplasmose cérébrale³.

La patiente est convaincue que son état est le résultat d'une intoxication alimentaire : « *j'ai mangé un morceau de jambon et juste après, j'étais dans cet état* ». Aucune recherche d'informations de sa part n'a été demandée et l'explication des médecins ne semblait pas la convaincre. Une fois que son état physique a commencé à s'améliorer, elle a pu montrer une amélioration thymique également. La patiente répondait volontiers aux propositions des infirmières, se nourrissait correctement et n'était plus clinophile. Lors d'une nouvelle visite prolongée du médecin pour remettre au clair la nécessité d'une prise régulière du traitement antirétroviral et pour reformuler avec précision les différentes étapes à risque ayant survécu pour aboutir à la toxoplasmose actuelle, Madame P. essaie de se préserver en tentant de défendre l'idée d'une intoxication alimentaire et d'avoir recours à des propos relatifs à ses croyances religieuses : « *je suis croyante et le Seigneur ne m'abandonnera pas, je crois aux miracles* ».

Mais **cette stratégie centrée sur l'évitement de la situation envahissante et menaçante** (la maladie opportuniste en l'occurrence) ne semblait plus possible et donc **inefficace** face à la réalité médicale que le médecin imposait. Madame P. « fond » en larmes, prend une position fœtale, enfonce sa tête sous les draps de son lit, détourne son visage de celui du médecin comme pour manifester son souhait de ne vouloir rien entendre de cette annonce. Elle s'enferme à toutes les propositions médicales allant dans le sens **des stratégies actives centrées sur la situation** : traitements adaptés, régularité des prises, suivi régulier à l'hôpital de jour, possibilité d'aménagement du temps de travail...

Cet exemple illustre l'incapacité de Madame P. à « saisir » toutes les stratégies de coping actives qui lui sont proposées afin qu'elle lutte activement contre sa maladie. Le coping passif centré sur l'évitement et les croyances religieuses a contribué à l'amélioration de son état de santé sur une courte durée et le passage à des stratégies actives semblait prématuré. La **situation** était tellement perçue comme **menaçante** qu'au-

cun **contrôle** ne lui était possible. Ses ressources personnelles du moment n'étaient pas suffisantes pour dynamiser la lutte, et le soutien familial et social n'est arrivé qu'à posteriori.

L'accompagnement psychologique de Madame P. a consisté à **respecter son rythme d'intégration cognitive et affective de la situation** en l'amenant progressivement vers une **recherche personnelle et active d'information et de tentative d'élaboration d'un plan d'action** notamment autour de son désir de voyager en Afrique et de revoir son fils. Des stratégies comportementales ont accompagné ce projet (organisation, planification du voyage, étapes à suivre en fonction de l'amélioration de sa santé) et cognitives concernant la perception et l'intégration de la maladie (recherche d'information, résolution de problème).

D - Deux exemples de répercussions psychologiques du VIH/SIDA : propositions thérapeutiques

• *L'incertitude*

Dans les maladies évolutives, les motifs d'incertitude sont nombreux et peuvent varier en fonction du stade de la maladie, de sa spécificité mais aussi de la complexité du traitement et ses effets secondaires. Pour le VIH, l'attente des résultats d'un test, suivie de la découverte de la séropositivité sont source d'incertitude : à qui en parler ? comment anticiper ou éviter les risques de rejet, de perte, de déception ? La mise sous traitement avec les risques d'effets secondaires, d'échec et donc de résistances, les peurs liées aux modifications du schéma corporel (lipodystrophies), la peur de la stigmatisation sociale, l'interrogation sur le sens et l'espérance de vie, les craintes de la récurrence de la maladie après recouvrement de la santé, déstabilisent quelquefois les projets personnels et amplifient l'incertitude des personnes séropositives ou en stade SIDA.

Face aux problèmes d'incertitude, les personnes sont amenées à poser des questions **d'information** sur la maladie en général et sur les stratégies de soins prévues à court et moyen terme. Ils sont généralement encouragés à continuer à **s'investir dans des projets bien précis de façon à ce que leur réalisation à court terme soit possible** ou sinon, des projets plus ambitieux sont discutés

avec la **planification d'une série d'objectifs précis à déterminer concrètement** avec le soignant. Ainsi, au fur et à mesure, les patients ressentent une évolution positive des différentes étapes de leur vie.

• *L'observance thérapeutique*

Différentes études ont porté un grand intérêt aux questions d'observance thérapeutique et les facteurs qui en ressortent sont nombreux. Dans le cadre du VIH/SIDA, la non observance (difficultés socio-économiques prioritaires par rapport au soin, l'éloignement géographique, l'absence d'un lieu de vie personnel pour prendre ses traitements « en privé », les problèmes de prise du traitement sur le lieu professionnel, les contraintes dues aux effets secondaires ; les difficultés psychologiques et notamment les croyances personnelles du patient quant à l'efficacité relative ou nulle du traitement), est un point nodal et sa réussite met en jeu l'intervention de plusieurs personnes et facteurs de soin : la qualité de la relation avec le médecin et l'équipe, la constatation de l'augmentation des CD4 et la baisse de la charge virale, la présence d'un soutien familial de bonne qualité et une prise en charge sociale aboutissant à une insertion professionnelle et une recherche de logement individuel.

Les stratégies d'intervention pour l'amélioration de l'observance se situent à plusieurs niveaux et une **bonne coordination entre les pairs** paraît fondamentale. Des stratégies visant **l'organisation des temps de repas et la réduction du nombre de prises** (combinaisons thérapeutiques plus simples) en « calant » les prises sur les **moments clés** que sont les repas (ce facteur peut être modifié si d'autres moments de la journée sont considérés par le patient comme des activités de *routine* ; ex : sortir son chien, écouter les informations du matin), la proposition **d'utilisation d'un semainier** permettant de mieux comptabiliser les prises et le maintien d'un stock de médicaments en surplus en cas de déplacements imprévus ou de voyages. Des stratégies visant **l'écoute, le counseling et les programmes d'éducation**, sont réalisées soit à l'hôpital de jour par l'infirmière et/ou la psychologue soit en consultation avec la psychologue.

Selon Tourette-Turgis (1998)⁴, il est important d'explorer **les composantes cognitives, comportementales, émotionnelles et sociales dans une consul-**

tation d'observance. Dans notre pratique, nous avons recours dans certains cas et avec l'accord du patient, à un co thérapeute de son choix, généralement le conjoint. Pour une patiente qui avait beaucoup de difficultés à prendre son traitement à l'hôpital, nous avons proposé que les prises soient faites en présence d'un infirmier dans un but de réassurance, ce qu'elle a très bien accepté.

A sa sortie de l'hôpital, elle a reproduit le même schéma au foyer où elle habite en demandant à sa co-locataire de lui tenir compagnie lors des prises. La fréquence de ce comportement phobique tend à disparaître et Madame D. se dit plus autonome et plus confiante lors des prises de son traitement : « *je me sens plus en confiance maintenant, je n'ai plus envie de vomir à chaque fois que je vois le comprimé, avant je les jetais à la poubelle et j'étais convaincue que ça ne sert à rien* ».

Pour cette même patiente, il était possible d'associer des éléments issus de la thérapie cognitive à la stratégie comportementale proposée. Le comportement problème est de nature phobique « *peur de prendre ses médicaments* » mais il est intéressant d'analyser ce comportement à travers la pensée automatique⁵ qui y est associée « *peur de vomir, ou peur de mourir* », responsable des manifestations anxieuses. La stratégie que nous adoptons est **d'isoler cette pensée phobique et de définir ses conséquences négatives**, et l'intervention thérapeutique se focalise sur la pensée automatique déclenchée (« *j'ai peur de vomir, j'ai peur de mourir* ») plutôt que sur la pensée phobique (« *j'ai peur de prendre mes médicaments* »).

Aider la patiente à prendre conscience de la **nature irrationnelle et catastrophique** de cette pensée et l'amener progressivement à modifier cette pensée contre une pensée positive telle que « *prendre ses médicaments améliore son état immunitaire et prévient les maladies opportunistes* »... est une des démarches proposées.

Les états émotionnels tels que la dépression ou l'anxiété ont un impact important sur l'observance. Pour les personnes vulnérables et en situation de crise, des entretiens réguliers sont proposés de manière à **maintenir une stabilité thymique optimale.** Une pensée suicidaire peut écarteler facilement l'idée d'une « nécessité vitale » et au clinicien d'être vigilant à ces signes cliniques. De plus, des questions visant le « ressenti » ➡

ou le « rationnel » pour la prise médicamenteuse semblent judicieuses : les patients de culture africaine se caractérisent par le recours aux méthodes de soins traditionnels et la non observance est liée à une conviction profonde de l'inefficacité des traitements « chimiques ». Avec eux, **la tolérance et le respect de ces méthodes parallèles facilitent l'instauration d'une relation de confiance et d'une meilleure alliance thérapeutique** : « *maintenant je sais que le Docteur veut mon bien, je lui fais confiance et je vais prendre mes médicaments* », dit Madame C. Dans certains cas, et lorsque les risques toxiques sont inexistant, **le maintien des potions ou préparations naturelles parallèlement au traitement antirétroviral** paraît nécessaire dans un premier temps puis il sera supprimé progressivement.

Sur le plan cognitif, la prise en charge consiste à **informer** les patients (schémas à l'appui) des bénéfices du traitement sur les lymphocytes et leur rôle dans la prévention des maladies opportunistes et la prise régulière du traitement dans la prévention du développement des résistances. Par ailleurs, un processus d'accompagnement à la **prise de décision**, repose sur trois éléments : la possibilité de choix, la connaissance et la reconnaissance du droit à la libre détermination, autrement dit ce qui permet au patient de réaliser une série d'actions dans laquelle il collecte des informations, fait des raisonnements, se réfère à son expérience et enfin agit.

Le contrat thérapeutique est une bonne indication pour les personnes souffrant de maladies chroniques. Il permet de mobiliser et de reconnaître positivement la relation médecin malade en la considérant comme un élément important de la poursuite des objectifs thérapeutiques. Les deux partenaires s'engagent à respecter les différents éléments du contrat qui se réalise en différentes étapes : la définition des objectifs, l'organisation et la hiérarchisation des tâches à accomplir avec une discussion et une négociation possibles, **l'anticipation des obstacles** et la mise en place de stratégies de **réduction des risques** éventuels (prévention).

Ce dernier point paraît intéressant dans la mesure où le soignant permet au patient de partir d'une réalité probable pouvant être **anticipée et donc mieux contrôlée ou maîtrisée** avec des solutions à l'appui, quand il s'agira par exemple d'effets secondaires tels que les vomissements ou les céphalées et les

courbatures ; de situations ou rencontres imprévues, d'oubli des traitements lors des déplacements... Dans le cas contraire, ne pas anticiper les obstacles est une prise de risque, celle de confronter la personne à un échec.

Sur le plan comportemental, une organisation de la journée peut être élaborée avec le patient sur la base d'un planning fixe et certains moments « mobiles » de façon à **maintenir une souplesse comportementale** et éviter d'inscrire le patient dans une conduite rigide relative aux prises. Des **moments clés** - avec des aides visuelles si nécessaire - sont définis et sur lesquels reposent les prises. Sont respectés les temps de repas et de sommeil, importants pour l'équilibre de vie des patients.

Sur le plan social, le rôle des associations est fondamental dans la recherche de logements individuels et l'aide à la réinsertion. Certains patients ne souhaitant pas garder leurs traitements à domicile (familles nombreuses, visites en permanence), sont autorisés à les garder dans les locaux de l'association ; ils sont ainsi plus rassurés et peuvent être rappelés afin d'anticiper les oublis.

L'incertitude et le problème de l'observance thérapeutique n'englobent pas toutes les répercussions psychologiques du VIH/SIDA sur les personnes. Les exemples et propositions avancées sont loin d'être exhaustifs. Parmi les problèmes évoqués par les patients, on note les effets secondaires dus au traitement, les modifications du schéma corporel (lipodystrophies), les problèmes économiques et sociaux, les effets sur la vie professionnelle et relationnelle, les difficultés liées à la sexualité que nous ne pourrions pas aborder dans cet article.

Lara Jalwan - Gonesse
larajalwan@yahoo.com

* Définition des stratégies de coping :

Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping est défini comme "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu". Repris des Anglo-saxons, le terme de "coping strategies" est connu par la notion de "stratégies d'ajustement" dans la littérature scientifique française (Dantzer, 1989). Ces stratégies peuvent aussi bien s'exprimer par une activité qu'en un processus de pensée. Les réponses déployées par un individu pour faire face à une situation stressante peuvent être de nature comportementale ou cognitivo-affective. Ainsi, le coping peut être centré sur l'action, l'évitement ou l'émotion.

Notes

1 - Il apparaît fréquemment que la mise à disposition de magazines spécialisés sur le Sida (magazines publiés par les associations) sont source d'anxiété pour les patients qui sélectionnent une information précise, la perçoivent comme menaçante et la généralisent. Des thèmes comme la résistance aux traitements générant l'échappement thérapeutique, les effets secondaires des traitements antirétroviraux et notamment la lipodystrophie (ou la mauvaise répartition des graisses dans le corps avec des risques importants d'amaigrissement de certaines parties visibles telles que le visage ou les bras), risquent de majorer l'anxiété des patients et d'avoir des effets néfastes sur leurs ressources personnelles d'ajustement, d'où la nécessité de lecture ou relecture commune. Par ailleurs, la clinique montre que le surplus d'informations accentue le niveau d'anxiété, ce qui nous pousse à aborder chaque thème à part avec des schémas à l'appui.

2 - Maladie survenant chez les patients très immunodéprimés et signifiant la déclaration de la maladie (SIDA). Ex : pneumocystose, lymphomes, sarcome de Kaposi, toxoplasmose...

3 - Maladie généralement bénigne sauf chez le nourrisson et chez les personnes immunodéprimées ; elle survient quand le taux de CD4 est inférieur à 100/mm³ et peut causer éventuellement des encéphalites graves accompagnées de signes neurologiques.

4 - Communication « Programmes d'aide aux patients - Expérience chez les patients séropositifs : la conduite d'entretien sur l'observance » lors de la 2e journée annuelle GlaxoWellcome du 14 mai 1998 à Paris.

5 - Véra, L., Mirabel - Sarron, C., Psychothérapie des phobies, ed. Dunod, Paris, 2000.

**Vous avez réalisé
ou testé une structure ou un
matériel pour l'éducation des
diabétiques ?**

Faites-le connaître par

Diabète Éducation

en nous écrivant :

Diabète Éducation

Dr Charpentier

59, bd H. Dunant

91100 Corbeil Essonnes

Le DELF remercie :

**LES LABORATOIRES
SERVIER,**

**LES
LABORATOIRES :**

BAYER-DIAGNOSTIC

BECTON-DICKINSON,

AVENTIS, LIFESCAN,

LILLY, MEDISENSE,

MERCK-LIPHA,

NOVO-NORDISK,

PARKE-DAVIS,

ROCHE

de leur collaboration et de
leur soutien

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Complément à l'article "Programme éducatif infirmier du patient diabétique hypertendu à l'automesure tensionnelle", de I. Ghienne et S. Leroy-Richer, paru dans Diabète Éducation Vol. 13-n° 1, p. 14.

Liste des modèles d'autotensiomètres validés par le groupe d'experts en date du 20 février 2003

Modèle huméraux

Fabricant ou mandataire titulaire du marquage CE	Dénomination des modèles
MICROLIFE	BP 2BHO
A & D	UA 767 PC
A & D	UA 767
A & D	UA 787
A & D	UA 702
A & D	UA 779
HARTMANN	Tensoval Comfort Brassard Préformé
HARTMANN	Tensoval Comfort Brassard normal souple

Modèles radiaux

Fabricant ou mandataire titulaire du marquage CE	Dénomination des modèles
HEALTH & LIFE	HL 148
BRAUN	BP 2005
BRAUN	BP 2008
BRAUN	BP 2610
BRAUN	BP 2550
BRAUN	BP 2590
HARTMANN	Tensoval Mobil

Liste des modèles d'autotensiomètres en cours de validation en date du 20 février 2003

Pour ces modèles des données ont été présentées, leur validation est conditionnée à la fourniture de quelques données complémentaires non bloquantes.

Modèle huméraux

Fabricant ou mandataire titulaire du marquage CE	Dénomination des modèles
PHILIPS	HF 306
MICROLIFE	BP 3AC1-1
OMRON	HEM 711 AE
OMRON	M4 (HEM 722C1 E)
OMRON	HEM 737
OMRON	MIT (HEM 751 E)
OMRON	HEM 705 CP 2 E
A & D	UA 777
SPIEDEL & KELLER	CSZ5 EASY
NISSEI	DS 181

Modèles radiaux

Fabricant ou mandataire titulaire du marquage CE	Dénomination des modèles
HEALTH & LIFE	HL 166 T
HEALTH & LIFE	85 449
TEFAL	Tensio sense 400 b
OMRON	HEM 630 E
A & D	UB 322
BEURER	BC 41
NISSEI	WS 500

LA VIE DU DELF

La mutation du DESG-LF : naissance du DELF Diabète Éducation de Langue Française

L'éducation du patient est un des éléments clés de la réussite thérapeutique dans les maladies chroniques et dans le diabète en particulier. Depuis toujours, cela était inscrit dans ses statuts, le DESG de Langue Française a eu pour mission principale de promouvoir l'éducation thérapeutique. Aujourd'hui l'importance de l'éducation est reconnue par tous, et il a semblé primordial aux différents acteurs de la diabétologie, représentés par les Conseils d'Administra-

tion du DESG-LF et de l'ALFEDIAM, d'unir les forces pour la défendre et la promouvoir. C'est dans cette perspective qu'il a été décidé d'unir les forces DESG-LF et du GREDAL en un nouveau groupe. La transformation du DESG-LF en DELF donnera naissance à une association plus structurée, plus représentative, présentant des liens forts avec l'ALFEDIAM et les autres acteurs de la diabétologie, en particulier l'ALFEDIAM Paramédical.

Le DELF continuera à travailler dans la même lignée que le DESG-LF, et a pour objet de :

- de faire reconnaître et de promouvoir l'éducation comme partie intégrante du traitement du diabète et des maladies métaboliques ;
- de recenser, concevoir et mettre à disposition des moyens pédagogiques et de contribuer à la formation des éducateurs en diabétologie ;
- de mettre en place les stratégies d'évaluation de l'éducation des diabétiques ;
- d'élaborer des référentiels d'éducation en vue de leur diffusion.

Pour assurer une coordination parfaite entre le DELF, l'ALFEDIAM et l'ALFEDIAM Paramédical, les statuts et les règlements intérieurs prévoient un échange équilibré des membres de chaque association qui siègeront dans les Conseils d'Administration et les bureaux de chacun des groupes.

Le DELF garde pour sa part son caractère multi-professionnel, avec représentation en son sein de tous les acteurs de santé et de sciences humaines intervenants dans l'éducation du patient. Il garde aussi son autonomie financière.

Le DELF continuera de collaborer avec le groupe d'éducation de l'EASD, le DESG (Diabetes Education Study Group), en représentant la France au sein du Conseil d'Administration de ce groupe, en participant à ses actions au niveau international, et en diffusant ses documents.

Les différents textes fondateurs ont été approuvés par les Assemblées Générales du DESG, à Paris en janvier 2003, et de l'ALFEDIAM, à Bordeaux en mars 2003. Il est maintenant temps de mettre rapidement en place les structures de ce nouveau groupe. Afin de gérer au mieux la période de transition, un comité de pilotage transitoire composé de Serge Halimi, Jean Pierre Courrèges, Helen Mosnier-Pudar et Marie Laure Cottez a été créé. Tous les membres régulièrement inscrits au DESG à jour de cotisation ou au GREDAL seront intégrés de droit au DELF, sauf avis contraire de leur part. Par ailleurs le DELF se veut résolument ouvert sans exclusivité à tous ceux, médecins et non-médecins, qui le souhaitent, et les invite à le rejoindre en envoyant leur candidature au Professeur Serge Halimi - CHU de Grenoble - 11 e A. 38043 Grenoble Cedex.

La prochaine étape maintenant est la mise en place des structures du DELF avant l'été. D'abord un appel à candidature auprès des membres du DELF, en vue de l'élection du Conseil d'Administration. Ce Conseil d'Administration comprendra 21 membres élus par correspondance, 2 membres désignés par l'ALFEDIAM et 2 membres désignés par l'ALFEDIAM Paramédical. Le Conseil d'Administration élira le Bureau dont le président siégera de droit au Bureau de l'ALFEDIAM, assurant une collaboration étroite entre les différents Bureaux. L'appel à candidature et les modalités du vote qui se déroulera par correspondance seront précisés ultérieurement à tous les membres du DELF.

L'ambition de ce groupe est immense, il s'agit d'améliorer la qualité de l'éducation des patients dont nous avons la charge. Il s'agit là de poursuivre et de développer les travaux du DESG-LF et du GREDAL. Le DELF est en marche, il a besoin de votre soutien.

Helen Mosnier-Pudar - Paris

Bulletin de commande des Teaching Letters - DELF

Merci de bien vouloir cocher les exemplaires que vous souhaitez obtenir et faxer une photocopie de cette demande complétée de vos noms et adresse à :

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

Références

- N° 1 - Antidiabétiques oraux
- N° 2 - Hypoglycémie
- N° 3 - L'auto-contrôle
- N° 5 - Complications tardives du diabète
- N° 6 - Les soins des pieds
- N° 7 - Mise en place d'un programme d'éducation du patient diabétique
- N° 8 - Thérapeutique et éducation : la valeur ajoutée du traitement
- N° 9 - Aidez vos patients à améliorer leur prise en charge
- N° 11 - Check list de l'éducation thérapeutique du patient
- N° 15 - Motiver et aider les patients diabétiques à suivre leur traitement
- N° 16 - Comment évaluer l'éducation thérapeutique des diabétiques

Nom

Adresse

.....

.....



FORMATION DES FORMATEURS

La Session 6, prochaine session de formation

Où ?

à L'ASSOCIATION REILLE
34, avenue Reille
75014 PARIS

Renseignements pratiques :

Pour toute candidature, nous adresser dès à présent un dossier comprenant un curriculum vitae détaillé, une lettre de motivation et l'avis favorable du chef de service si le candidat exerce en établissement public ou privé

Chaque participant devra fournir **5000 francs par module, non compris ses frais de déplacement et d'hôtellerie.**

Le DESG de Langue Française a un numéro d'agrément pour la formation continue. Il est souhaitable que le candidat bénéficie d'une prise en charge financière au titre de la formation permanente, et pour ce faire, il lui appartient de faire dès à présent les démarches nécessaires auprès de son établissement. En cas d'impossibilité, le DESG-LF dispose de bourses que le candidat devra solliciter.

Quand ?

- | | | |
|------------|---|------------------------|
| ★ MODULE 1 | DIAGNOSTIC ÉDUCATIF | 27 au 29 mai 2002 |
| ★ MODULE 2 | DIAGNOSTIC ÉDUCATIF
Comment recueillir les informations | 07 au 09 octobre 2002 |
| ★ MODULE 3 | Module PSYCHO ANALYTIQUE | 02 au 04 décembre 2002 |
| ★ MODULE 4 | Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE | 17 au 19 mars 2003 |
| ★ MODULE 5 | COMMUNICATION | 09 au 11 juin 2003 |
| ★ MODULE 6 | COMMUNICATION (Suite) | 06 au 08 octobre 2003 |
| ★ MODULE 7 | ÉVALUATION | 08 au 10 décembre 2003 |

Pour toute demande de renseignements ou inscription :

Christine BAUDOIN - DELF/Formation des Formateurs
INSERM - Unité 341
Hôpital de l'Hôtel-Dieu

1, place du Parvis Notre-Dame - 75181 Paris cedex 04

Tél. 01 42 34 81 41 - Fax 01 56 24 84 29 - Christine.baudoin@htd.ap-hop-paris.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge HALIMI
Diabétologie CHU - 38700 La Tronche
Tél. : 04 76 76 58 36

DIRECTEUR DE RÉDACTION

Guillaume CHARPENTIER
Hôpital Gilles-de-Corbeil, 59, bd H.-Dunant
91100 Corbeil - Tél. : 01 60 90 30 86

RÉDACTEUR EN CHEF

Monique MARTINEZ
CH de Gonesse - 25, rue Pierre de Theilley
BP 71 - 95503 Gonesse cedex - Tél. : 01 34 53 27 53

DIABÈTE ÉDUCATION - COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)
Brigitte BALLANDRAS (Paris)
Alina CIOFU (Pontoise)
Carole COLLET (Paris)
Silvana LAURENT (Bobigny)

Helen MOSNIER -PUDAR (Paris)
Sophie NADLER (Paris)
Agnès SOLA (Paris)
Fabrice STRNAD (Pontoise)
Martine TRAMONI (Neuilly-sur-Seine)

MAQUETTE - Studio Grafiligne / Tél. 01 64 98 88 07 - Fax 01 64 98 76 60 / grafi.studio@wanadoo.fr
IMPRESSION - Imprilith / ZI de l'Orme Brisé - 5, rue de la Croix Blanche Pringy 77310 St-Fargeau-Ponthierry