



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 9 - N° 3
1999

Journal du D.E.S.G de langue française.

Section francophone du Diabetes Education Study Group – EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

Éditorial

Orientations "2000"

Préparation de l'an 2000 oblige, 1999 aura été riche de circulaires et études officielles qui vont certainement influencer la Diabétologie française des premières années du troisième millénaire : la circulaire de la DGS sur « l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2 non insulino-dépendant » (1), les recommandations de l'ANAES pour le « suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications » (2) et celles de l'AFSSAP (ex Agence du Médicament pour « le traitement médicamenteux du diabétique de type 2 » (3), le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur « Diabète : prévention, dispositif de soins et éducation du patient » (4), enfin le « programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 » de la CNAMTS (5).

L'un des éléments les plus marquants pour notre pratique, est peut-être l'objectif de 6,5% en dessous duquel l'ANAES et l'AFSSAP nous réclament désormais de caler l'HbA1c de nos patients diabétiques (ou du moins la majorité d'entre eux, les « type 2 »); autant dire une glycémie normale ou quasi normale tout au long du nyctémère. L'évolution en peu de temps est considérable : le groupe témoin du DCCT, fidèle reflet des habitudes anglo-saxonnes des années 80, avait une moyenne au dessus de 9%, le groupe intensif de cette étude avait fixé la barre autour de 7,5%... La discussion faisait alors rage dans les cercles diabétologiques sur l'inutilité d'un contrôle strict de la glycémie du type 2 puisque ces patients décédaient de cardiopathie ischémique supposée non influencée par l'hyperglycémie. Puis vint l'UKPDS, qui régla (?) cette affaire et, avec son groupe « intensif » (guillemets de rigueur), abaissa le seuil à 7%. L'analyse détaillée de ces deux études et d'autres, l'amène maintenant à 6,5%.

Il est remarquable que cette recommandation n'ait pas été émise par des Sociétés Scientifiques, mais par des structures administratives. Il ne s'agit certes que de « recommandations » mais dans une société de culture régalienne comme la nôtre, elle a un poids très incitatif, sinon contraignant. ➔

Le bureau du DESG

- Présidente : Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu, PARIS)
- Vice-Présidente : Nadia TUBIANA-RUFI (Hôpital R. Debré, PARIS)
- Vice-Présidents adj. : Ghislaine HOCHBERG (Paris)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)
- Secrétaire générale : Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, PARIS)
- Secr. général adjoint : Simone JEAN (Hôpital St Joseph, PARIS)
- Trésorière : Nadine BACLET (Hôpital Saint-Louis, PARIS)
- Trésorier adjoint : Jean-Michel RACE (Hôpital Sud, AMIENS)
- Présidents d'honneur : Jean-Louis GRENIER (Hôpital V. Provo, ROUBAIX)
Serge HALIMI (Hôpital Nord, GRENOBLE)
Paul VALENSI (Hôpital J. Verdier, BONDY)
- 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 (INSERM, VILLEJUIF)

SOMMAIRE

- ÉDITO
- Orientations "2000" 43
(G. CHARPENTIER)
- VU POUR VOUS
- Le Salon du Diabète :
un succès fou 45
(H. MOSNIER-PUDAR)
- TESTÉ POUR VOUS
- La dépression et l'anxiété 45
(A.M. DALIX, C. COLAS)
- DIABÈTE ET PÉDAGOGIE
- L'apport d'une communication
empathique dans l'éducation des
personnes atteintes de maladies
chroniques 48
(P. MOLHO)
- DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE
- Comment les patients s'adaptent au
stress créé par leur maladie : lien
avec l'équilibre dynamique 51
(A. HEURTIER)
- À PROPOS D'AUTRES MALADIES
CHRONIQUES
- Réadaptation des coronariens 52
(J.M RACE)
- ÉTUDE DE CAS
- ABC et les comas hypoglycémiques .. 56
(C. COLAS)
- L'ÉDUCATION DES DIABÉTIQUES
DANS LES GRANDS CONGRES
INTERNATIONNAUX
- La reconnaissance de l'acte d'éducation
comme acte thérapeutique : une réalité
en France pour l'an 2000 57
(A. DENOUAL)

Pour célébrer les 10 ans
du DESG,
soyez à présents au :

Congrès ALFEDIAM

**"DIABÈTE
GRENOBLE 2000"**

du 21 au 25 mars 2000

**Inscrivez-vous dès
aujourd'hui !**

Tél. 04 76 91 76 60

Fax 04 76 91 76 61

L'âge du sujet vient tempérer cet avis et « chez un sujet âgé de plus de 65 ans (?) l'objectif glycémique doit être adapté à l'âge physiologique » (réalité bien subtile !), « aux pathologies associées et à l'ancienneté du diabète ». Mais qu'est-ce qu'un sujet âgé en diabétologie ? Sinon un patient qui n'aura pas le temps de voir se développer les complications handicapantes du diabète et pour lequel l'objectif thérapeutique se contentera donc du court terme, c'est à dire l'éviction des accidents métaboliques aigus hypo ou hyperglycémiques. Dans cette discussion il faut avoir en mémoire l'espérance moyenne de vie : à 60 ans elle est actuellement en France de 20,3 ans pour l'homme et de 25,7 ans pour la femme. À 75 ans elle est encore de 10,1 et 13,0 ans !

Si cette recommandation est effectivement appliquée il s'agit là d'une avancée majeure dans la prévention « de masse » des complications du diabète, avec de multiples implications en ce qui concerne l'organisation des soins.

Les médecins généralistes sont en première ligne et devront changer leurs pratiques pour le suivi de ces patients, suivi désormais fondé sur l'HbA1c et non sur la glycémie. Ce dosage n'est actuellement réalisé semestriellement que chez 41% des patients (5). 6,5% : c'est un seuil sans doute facile à atteindre au tout début de la maladie diabétique. Mais cette dernière s'aggrave inexorablement dans le temps, il devient de plus en plus difficile à atteindre et lorsque l'HbA1c dépasse donc 6,5% une « évaluation » par un « spécialiste en diabétologie » est recommandée (actuellement 5,4% des patients seulement y ont recours annuellement). Il va en falloir beaucoup ! L'étude de l'Essonne et Diabest ont montré de façon concordante que près de la moitié des diabétiques jugés déséquilibrés par leur praticien lui-même, n'avaient eu aucune intervention complémentaire en 1 an. C'est plutôt l'augmentation du niveau de compétences (et d'intérêt) dans ce domaine des médecins généralistes, peut être à travers les réseaux de soins, qui sera la solution. D'autant plus, que pour rester durablement sous la barre des 6,5%, l'escalade thérapeutique devra être plus rapide et en particulier déboucher beaucoup plus rapidement sur les traitements mixtes avec l'insuline au coucher.

Dans cette entreprise, l'analyse fine des glycémies du nyctémère et la coopération du patient seront indispensables. Elles reposent, sans doute, sur l'autosurveillance glycémique (ASG). Mais « l'ASG ne doit pas être recom-

mandée de principe pour le suivi de diabète de type 2, car son intérêt dans cette incitation n'est pas actuellement démontré » (2). La rigueur scientifique est indispensable mais l'« Evidence based Medicine » ne concerne de fait pour l'instant qu'un domaine restreint de pratiques, faute justement d'études adaptées.

Pour le reste c'est encore « l'art médical » qui prévaut. Reste donc à mettre en œuvre rapidement des études évaluant, non pas l'impact isolé d'un lecteur glycémique, mais l'ASG comme élément stratégique de la prise en charge du DNID.

Les spécialistes en diabétologie, et en particulier les hospitaliers, devront aussi revoir leur copie, dans au moins deux domaines :

La circulaire de la DGS relative à « l'organisation des soins du diabète de type 2 » (1) s'appuie sur trois principes : graduation des soins, éducation à la santé, et « obligation » d'évaluation des résultats par des études portant sur « l'analyse des valeurs moyennes et de la dispersion d'un nombre limité d'indicateurs simples » (dont l'HbA1c bien sûr) « qui constituent la base d'un dossier médical commun accessible directement à la personne malade ». C'est encore le « dossier informatisé du patient porté par lui et rendant explicite pour chacun les objectifs de la prise en charge du diabète de type 2 ». En clair : tous les services hospitaliers prenant en charge des diabétiques, qu'ils soient « site orienté vers la diabétologie » ou « pôle fonctionnel de référence » devront s'équiper de dossiers médicaux informatisés complets, suffisamment standardisés pour communiquer avec les autres intervenants M.G., autres spécialistes) et pourquoi pas avec les « pairs évaluateurs », la communication dans ce domaine se faisant par intranet sécurisé.

Pour améliorer les soins aux diabétiques, la circulaire prévoit explicitement, comme élément constitutif des Centres de Diabétologie, l'organisation de structures ambulatoires comportant en plus des consultations spécialisées, l'accès à des programmes d'éducation multidisciplinaires (médecins, infirmières, diététiciennes, psychologues, assistantes sociales...). Mais aussi « la mise en œuvre de méthodes diagnostiques et thérapeutiques des complications des diabètes de type 2 ». Il y a, là, la définition d'un « Hôpital de Jour » « relooké » ou d'une Unité de Soins Ambulatoires (USA ?) avec un transfert de fonctions (et de moyens !) de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambula-

toire. Mais jusqu'à quel point ? « Un objectif essentiel est de minimiser les déplacements et les temps d'attente ». Ces structures doivent être accessibles directement aux spécialistes libéraux et aux M.G., et c'est peut être là une bonne réponse pour les patients en échec relatif vis à vis des objectifs glycémiques stricts suscités.

Enfin le diabétique n'est pas que l'affaire des M.G. et des Diabétologues : 11% des patients hospitalisés hors circuit diabétologique à l'Hôpital Universitaire de Sherbrooke, 20% à celui de Minneapolis ont un diabète. Il en est probablement de même en France où les statistiques restent à préciser (à voir dans « diagnostic secondaire » des PMSI s'ils sont bien remplis).

On peut parier que les patients diabétiques hospitalisés pour une affection intercurrente ou plus fréquemment pour une complication, sortent peu ou prou du circuit des M.G. sans pour autant entrer dans celui des Diabétologues. La culture de médecine « aigüe » qui prévaut encore largement dans nos mentalités et nos enseignements, fera que la glycémie asymptomatique, à 2 g/l (et on est loin de l'usage de l'HbA1c) sera durablement négligée face à des événements plus dramatiques sinon plus sérieux, en tout cas plus immédiats. Dans un domaine proche, une enquête a montré qu'après un infarctus, seule une partie des patients hypercholestérolémiques avait un traitement approprié au sortir du circuit cardiologique, pourtant en principe particulièrement concerné par l'affaire.

G. Charpentier
Corbeil-Essonne

Bibliographie

1 - E. Couty, J. Menard : Organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2 non insulino-dépendant. Circulaire de la Direction Générale de la Santé DH 99/264 reproduite dans Diabétologie et Facteurs de risque, 1999,5(39),153-9.

2 - Recommandations de l'ANAES : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. Diabète et Métabolisme, 1999,25,suppl.2,2-64.

3 - Recommandations pour le traitement médicamenteux du Diabète de type 2. AFSSAP, fév. 1999.

4 - Haut Comité de la Santé Publique : Diabète, prévention, dispositifs de soins et éducation du patient. Éditions ENSP, collection Avis et rapports, mai 1998,1-76.

5 - Programme de la Santé Publique sur la prise en charge du diabète de type 2. La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémifiants oraux en 1998. CNAMTS - ENSM - Département ASVH, oct. 1999.

VU POUR VOUS

Le Salon du Diabète : un succès fou

Le 13 et 14 novembre 1998, l'Association Française des diabétiques (AFD) a organisé le troisième salon du Diabète. La date n'est pas un hasard, puisque coïncidant avec la Journée mondiale du Diabète le 14 novembre.

C'est Salle Gaveau à Paris dans le 8^e arrondissement de Paris que se sont donnés rendez-vous tous les acteurs concernés par le diabète. Les patients avant tout, qui jouent le premier rôle dans la prise en charge de la maladie diabétique; mais ils ne peuvent jouer la partition sans l'aide de tous ceux qui les accompagnent et les aident à mieux connaître, mieux comprendre et mieux mettre en pratique les différentes thérapeutiques. Interviennent ainsi :

- les professionnels de santé qui informent, transmettent le savoir et le savoir faire et aident à réussir les personnes diabétiques;

- les industriels qui, avec beaucoup d'imagination, nous proposent des nouveautés très régulièrement pour essayer de faciliter la vie, d'améliorer le confort, de mieux s'adapter à la vie quotidienne de chacun;

- les différentes associations véritables carrefour d'échanges entre patients, entre patients et soignants, se regroupant parfois autour d'éléments moteurs comme le sport.

Pendant deux jours on a pu voir autour des stands, à l'occasion des animations, lors des conférences très doctes, s'établir des échanges très enrichissants pour tous, les informations circuler, tout ceci dans une ambiance bonne enfant où l'exiguïté de l'espace n'a rendu personne agressif ou de mauvaise humeur.

Plusieurs milliers de personnes se sont déplacées, seules ou en groupe, surtout pour ceux qui venaient de loin, passer quelques heures à Paris, l'un des lieux où on parlait du diabète ce jour là. Le plus intéressant est que probablement chacun de ces participants, patients, soignants, industriels, associations, avec son attente propre par rapport à cette visite, a pu y trouver les réponses recherchées.

Pour un certain nombre l'objectif était de venir apprendre et s'informer sur des grands sujets concernant la maladie, son origine, ses complications, son traitement actuel et futur. Pour ceux là un programme de conférences faites par des

médecins experts a permis d'aborder toutes les facettes de la maladie. Ces conférences se sont déroulées dans une ambiance très bonne enfant, ce qui n'a rien ôté à leur intérêt, ni à leur qualité. Grâce à cette ambiance qu'ils ont créé, les personnes diabétiques ont pu poser toutes les questions sans complexe aux grands docteurs parfois pris un peu de court; les échanges furent nombreux et forts enrichissants pour tout le monde. Pour les studieux, il était possible d'acquérir différents ouvrages pour approfondir les connaissances. Le livret "Diabète et législation en questions" était gracieusement offert par l'AFD.

Pour d'autre s'informer auprès des industriels des tous derniers progrès quant au soin (autosurveillance, médicament, dispositif d'injection...) a pu être possible au niveau de l'exposition. Chacun son tour, attendant patiemment de pouvoir poser ses questions, de pouvoir voir et toucher, de se faire une idée du côté des patients ...et des soignants; avec beaucoup de gentillesse et de professionnalisme pour les représentants de l'industrie.

Pour d'autre encore c'était l'occasion de se réunir et de partager à propos de divers sujets autour des associations. Pour ces dernières c'était l'occasion de se faire mieux connaître et de proposer leurs activités. Une mention spéciale doit être faite ici pour la Maison du diabète, structure originale, dont les objectifs premiers sont d'informer de documenter et d'accueillir tous ceux qui sont concernés par le diabète.

Les gourmands n'ont pas été oubliés avec la présence des industriels de l'alimentation et d'un goûter offert dans l'après midi garanti sans sucre. Le repas du midi, lui aussi, a permis de voir qu'il était possible de manger sur le pouce tout en respectant les règles d'une bonne alimentation, grâce à des sandwiches équilibrés, des quiches allégées en graisse et des gâteaux allégés en sucre. Et puis, n'oublions pas, tous ceux qui sont venus faire trois petits tours et s'en sont allés.

Le bilan de ce salon, nous l'avons laissé sentir à travers nos propos, est certainement très positif. L'objectif d'améliorer le partenariat entre les différents acteurs, comme nous les avons nommés, de la maladie diabétique a été atteint, mais le chemin est encore long.

Quelques critiques seront certainement admises par les organisateurs. D'abord l'exiguïté des locaux, mais là je pense que le salon a été victime de son succès, pourvu que cela dure, mais s'il vous plaît prévoyez plus grand, la prochaine fois. Il nous semble important aussi, que dans cette réunion remplie de soignants, un minimum de sécurité soit donnée à nos patients: la prochaine fois penser au glucagon, ça peut servir... Enfin la critique principale que je ferais, c'est un manque d'encadrement par des professionnels de santé surtout autour de l'exposition des industriels où des questions du type : "Pensez-vous que l'Humalog est indiquée dans mon cas?", sont, je l'espère, restées sans réponse de la part des industriels.

Ce genre de manifestation reste excessivement positif, surtout quant on voit la couverture médiatique qu'elle a eu avec la présence des principales chaînes de radio et télévision. Elle permet ainsi de faire connaître le diabète cette maladie dont personne ne parle où si peu, mais qui coûte si cher à tous. Rien que pour cela, il faut continuer.

Au fait, j'oubliais, bon anniversaire à l'AFD, cette jeunesse de soixante printemps, encore beaucoup d'autres années de bons et loyaux services pour tous.

H. Mosnier-Pudar
Paris

TESTÉ POUR VOUS

La dépression et l'anxiété

1 - Beck Depression Inventory

Des études récentes montrent que dans la population de sujets diabétiques le niveau de dépression et d'anxiété est élevé. Depuis une vingtaine d'années, l'apparition de nouvelles formes de psychothérapies semble particulièrement adaptées aux besoins de patients déprimés, particulièrement les thérapies cognitive-comportementales qui sont des thérapies brèves et structurées.

Dans ce domaine se sont développées des méthodes objectives pour mesurer l'intensité des troubles afin d'évaluer l'efficacité des traitements. Il s'agit d'observer, de quantifier, de codifier un comportement actuel et d'utiliser des échelles valides fiables.

AT. Beck en 1961 a développé un modèle cognitif de la dépression basé sur son observation de patients déprimés et l'analyse de leurs rêves. Le principe étant que les variables cognitives (pensées automatiques, erreurs d'évaluation de la

réalité, exigences irréalistes du patient envers lui-même) sont reliées au déclenchement et maintien des états dépressifs. L'intervention sur ces variables par des techniques spécifiques (pédagogie, apprentissage, auto observation...) est de nature à améliorer la pathologie dépressive.

A.T. Beck a établi une échelle d'évaluation de la dépression (Beck Depression Inventory) à 21 items qui est la plus utilisée dans la population adulte et une version abrégée à 13 items qui permet de faire une évaluation rapide de l'intensité de la dépression.

Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant la lettre qui correspond à la position choisie. Il peut entourer dans une série plusieurs numéros, si plusieurs lui conviennent. Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant aux 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Pour le dépouillement il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie dans une série. La note globale est la somme des scores des 13 items. Cette version courte différencie bien les sujets dépressifs des non dépressifs mais non les sujets anxieux des sujets dépressifs.

Les seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (1974) sont les suivants :

- 0-3 : pas de dépression;
- 4-7 : dépression légère;
- 8-15 : dépression modérée;
- 16 et plus : dépression sévère.

Cette version abrégée peut alerter les cliniciens. Un entretien psychiatrique doit accompagner l'évaluation afin de porter le diagnostic de dépression.

A.M. Dalix
Paris

BECK A.T., BEAMESDERFER A.- Assessment of depression: the depression inventory in psychological measurements in psychopharmacology. Mod Prob. Pharmacopsychiatr. ed Pichot P. 1974, Kargen Basel 7 Paris, 151 - 159. BECK A.T., REAL W.Y., RICKELS K.- Short form of depression inventory: cross validation. Psychological Reports, 1974,34,1184-6.

QUESTIONNAIRE DE BECK

(version abrégée) - 13 items (0 à 39)

Nom :

Date de l'examen :

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

QUESTIONNAIRE DE BECK

A	
Je ne me sens pas triste.	0
Je me sens cafardeux ou triste.	1
Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à m'en sortir.	2
Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B	
Je ne suis pas particulièrement découragé(e) ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C	
Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D	
Je ne me sens pas particulièrement insatisfait(e)	0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
Je suis mécontent(e) de tout.	3
E	
Je ne me sens pas coupable.	0
Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps.	1
Je me sens coupable.	2
Je me juge très mauvais. et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F	
Je ne suis pas déçu(e) par moi-même.	0
Je suis déçu par moi-même.	1
Je me dégoûte moi-même	2
Je me hais.	3
G	
Je ne pense pas à me faire du mal	0
Je pense que la mort me libérerait.	1
J'ai des plans précis pour me suicider.	2
Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H	
Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
J'ai Perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I	
Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J	
Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid(e) qu'avant.	0
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux(se).	2
J'ai l'impression d'être laid(e) et repoussant(e).	3
K	
Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L	
Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.	0
Je suis fatigué(e) plus facilement que d'habitude.	1
Faire quoique ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M	
Mon appétit est toujours aussi bon.	0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

2 - Hospital and Anxiety Depression Scale (HAD)

Un certain nombre de tests sont rapidement et facilement utilisables en pratique clinique. Nous vous proposons de vous l'illustrer par des exemples concrets : le HAD ou Hospital and Anxiety Depression Scale fait partie de ceux-là. Il permet de faire la part de l'anxiété et de la dépression chez un patient. Au nombre de 14 items, 7 par rubrique sémiologique, sa cotation est très simple et son interprétation aisée. Au-delà d'un score de 11, le diagnostic est établi (le score se calcule à partir des chiffres donnés dans la marge de chaque item, avec A pour anxiété et D pour Dépression); entre 8 et 11, il est douteux, en deçà il ne se pose pas.

S'il n'est pas nécessaire d'aborder le patient par un test pour faire le diagnostic de son état psychique, il est tout à fait intéressant d'utiliser cette approche simplifiée pour en apprécier les variations, en fonction d'un traitement par exemple.

Claude Colas
Paris

HOSPITAL AND ANXIETY DEPRESSION SCALE

Zigmond A.S. & Snaith R.P.
Traduction française : J.P.Lépine

Nom

Prénom

Sexe

Âge

Date

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider.

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse largement méditée.

HOSPITAL AND ANXIETY DEPRESSION SCALE (HAD)

A	Je me sens tendu ou énervé :
0	La plupart du temps
1	Souvent
2	De temps en temps
3	Jamais
D	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
3	Oui, tout autant
2	Pas autant
1	Un peu seulement
0	Presque plus
A	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout
D	Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
3	Autant que par le passé
2	Plus autant qu'avant
1	Vraiment moins qu'avant
0	Plus du tout
A	Je me fais du souci :
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement
D	Je suis de bonne humeur :
0	Jamais
1	Rarement
2	Assez souvent
3	La plupart du temps
A	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
3	Oui, quoi qu'il arrive
2	Oui, en général
1	Rarement
0	Jamais
D	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
0	Presque toujours
1	Très souvent
2	Parfois
3	Jamais
A	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
3	Jamais
2	Parfois
1	Assez souvent
0	Très souvent
D	Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrai
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant d'attention que par le passé
A	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout
D	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0	Autant qu'avant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais
A	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
0	Vraiment très souvent
1	Assez souvent
2	Pas très souvent
3	Jamais
D	Je peux prendre plaisir à un bon livre, à une bonne émission de radio ou de télévision :
0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement

Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.

DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

L'apport d'une communication empathique dans l'éducation des personnes atteintes de maladies chroniques

"Établir une connexion empathique est le préalable à toute forme d'éducation ou de changement"

(Marshall B. Rosenberg)

Côté soignants, que nous travaillions seul dans un cabinet, ou en équipe à l'hôpital, nous connaissons tous les sentiments de frustration, de découragement, d'appréhension ou simplement d'ennui qui surgissent dès que nous découvrons le nom de certains patients sur le carnet de rendez-vous le matin en arrivant. Il s'agit souvent de patients atteints de maladies chroniques avec lesquels on n'arrive pas à obtenir la compliance au traitement ou le comportement recommandé, et donc pas le résultat souhaité. Avant même que cette personne ne soit devant nous, tous ces sentiments, ou préjugés risquent de nous empêcher de vivre une expérience nouvelle, riche, nourrissante, avec cette personne. Je parle de "patients", mais cela est vrai pour toute personne avec laquelle nous avons eu dans le passé des expériences pénibles, avec qui la relation nous est difficile. A l'opposé, nous nous réjouissons à l'avance de revoir certains patients, avec lesquels le contact et la coopération sont faciles d'où souvent des résultats satisfaisants. Or, nous avons tous envie que notre travail soit plus souvent une source de plaisir, de satisfaction, et nous partageons ce besoin de contribuer à l'amélioration de la santé des patients que nous suivons.

Côté patients, les sentiments de frustration, de découragement sont également très fréquents, avec de plus assez souvent l'impression de ne pas être entendus, compris. A cela se surajoute parfois un sentiment de culpabilité chez ceux qui n'arrivent pas à suivre leur traitement.

La rencontre avec le processus de Communication Empathique ou Nonviolente, développé par le Dr Marshall B. Rosenberg (1) est venue répondre à plusieurs questions essentielles pour moi :

- Qu'est ce qui rend les relations si difficiles ou au contraire si faciles ?
- Comment est-ce que je peux m'y prendre pour créer (quand elle n'est pas spontanée) une qualité de relation avec

les patients à la fois efficace et satisfaisante ?

- Qu'est ce qui empêche certaines personnes de suivre les prescriptions - en d'autres termes, qu'est-ce qui rend les tentatives d'éducation inefficaces ?

Les deux premières questions sont essentielles pour moi car j'ai remarqué, comme beaucoup d'autres, que cette qualité relationnelle augmentait non seulement ma satisfaction mais celle des patients, ainsi que l'efficacité du traitement en particulier à cause d'une meilleure compliance - mais pas seulement. Une collègue infirmière aux Etats-Unis parle de "communication thérapeutique" (2). Plusieurs auteurs ont également démontré que la précision diagnostique et l'efficacité thérapeutique étaient accrues chez les médecins formés à l'empathie (3-9). En matière de malades atteints de maladies chroniques, comme le diabète ou l'hémophilie, ces questions sont particulièrement importantes puisque le même médecin et le même patient sont amenés à se revoir souvent.

Les obstacles à la communication

"Les mots sont des fenêtres ou bien des murs" (Marshall B. Rosenberg)

La première réponse que m'a apportée ce processus a été de comprendre les causes des difficultés de communication que l'on rencontre dans le milieu de la santé, que ce soit entre collègues, au sein des équipes ou entre soignants et patients, et qui se traduisent par de l'agressivité et une violence morale, souvent insidieuse, frustrantes pour tous. M. Rosenberg s'est attaché à repérer ce qui, dans notre manière de penser et dans notre langage entrave la communication et la coopération et génère hostilité ou violence. Il dénomme ce langage "communication coupée de la vie", car, pour lui, ce qu'il y a de plus vivant, de plus humain en nous, ce sont les sentiments et les besoins.

Les principales caractéristiques de ce langage sont :

- toutes les formes d'analyse, de jugements, du comportement de l'autre, telles que "ce patient est exigeant, paresseux, menteur, résistant"; remarquez le recours au verbe être, qui limite les possibilités de changement;

- le déni de la responsabilité de nos actions : "ce n'est pas de ma faute, ce patient n'a pas respecté la prescription"; "ce sont les ordres de mon chef de service" (même si intérieurement je ne me sens pas d'accord);

- les exigences, qui ne font qu'accroître la résistance: "ce n'est pas la peine de revenir me voir tant que vous n'aurez pas arrêté de fumer";

- les concepts de récompense ou de punition : penser par exemple que quelqu'un mérite bien d'avoir un infarctus ou un cancer parce "qu'il n'avait qu'à ne pas fumer". L'autre danger est de baser nos actions ou nos choix sur la recherche de récompense ou de promotion ou pour éviter des sanctions plutôt que sur nos propres valeurs. Ainsi, si un patient adopte un nouveau comportement pour sa santé basé sur la peur, plutôt que sur une compréhension profonde que cela va satisfaire ses besoins mieux que ce qu'il fait actuellement, il y a peu de chances que cela dure.

L'empathie

La réponse à la deuxième et à la troisième question m'ont été fournies par la découverte et l'expérience de l'empathie, vis à vis de moi-même et des autres. L'empathie est une présence totale à l'autre personne, en laissant de côté toute forme de jugement ainsi que nos propres sentiments (pour les exprimer éventuellement dans un deuxième temps). C'est très différent de la sympathie, où l'on partage avec les autres notre propre vécu, en pensant ainsi le consoler ou lui montrer qu'il n'est pas seul, ce qui est déjà précieux. Avoir une attitude empathique veut dire porter mon attention vers ce qui se joue en l'autre, pour tenter de comprendre quels sont ses besoins qui l'empêchent par exemple de suivre le traitement et les recommandations que je lui ai prescrits.

Il s'agit donc d'un changement radical d'objectif: avoir pour unique objectif d'établir une connexion avec le patient, plutôt que de vouloir obtenir un résultat. Le résultat découlera de la qualité de relation qui se sera établie. C'est un changement radical d'attitude surtout pour nous soignants qui avons été formés à chercher à obtenir un résultat rapide, et sommes souvent sous la pression du temps. Or l'expérience montre que les consultations sont plus courtes si l'on prend le temps d'établir une connexion empathique, c'est à dire si l'on prend le

temps de bien comprendre les besoins de la personne. Cependant, la sincérité de l'intention est essentielle, car il ne s'agit pas d'une technique. Reconnaître les moments où l'on n'est pas disposé ou disponible pour donner cette qualité d'écoute est essentiel, car cela signifie que nous avons nous mêmes besoin d'attention, de soutien.

Cela signifie apprendre à développer une attitude empathique vis à vis de soi même. C'est particulièrement important en tant que soignant lorsque l'on pratique seul, et que l'on n'a pas accès à un groupe de parole ou de soutien, pour se "recharger" instantanément.

Description du processus de communication non-violente ou empathique

Ce processus a pour but de nous aider à échanger les informations dont nous avons besoin pour collaborer d'une manière satisfaisante, respectant nos valeurs et celles de l'autre. Schématiquement il peut être divisé en deux parties (fig1) :

- (1) Exprimer avec clarté et honnêteté ce qui se passe en moi ;
- (2) Recevoir avec empathie ce qui se passe en l'autre,

et il nous permet d'acquérir la capacité à maintenir le dialogue jusqu'à ce que les deux protagonistes, ici le médecin et son patient, soient satisfaits de là où ils en sont arrivés.

(1) Exprimer avec clarté et honnêteté ce qui se passe en moi :

Cela sous entend communiquer à l'autre personne les éléments dont elle a besoin pour avoir envie de faire ce que nous aimerions, de son propre gré. Schématiquement, ces éléments sont au nombre de 4 : observation, sentiments, besoins et demande.

Si l'on prend l'exemple d'un patient qui a repris du poids, voici un exemple de dialogue basé sur les principes de la communication empathique :

★ **Observation** : on commence par une observation précise de ce à quoi nous nous référons ex "quand je constate que vous avez repris 3 Kg".

★ **Sentiments** : nos sentiments en rapport avec cette observation "je me sens découragé et inquiet".

★ **Besoins** : ce sont nos besoins qui sont la cause de nos sentiments "parce que j'ai besoin de contribuer à l'amélioration de la santé des patients que je soigne".

★ **Demande** : après avoir exprimé ces trois éléments, vient l'essentiel pour amorcer un dialogue créatif avec le patient, qui est de formuler une demande claire, concrète, concernant ce moment précis : "et maintenant, je voudrais simplement que vous me redissiez ce que vous m'avez entendu dire, car j'aimerais être sûre que la manière dont je m'exprime est suffisamment claire".

Ce type de demande parait souvent bizarre à notre interlocuteur, mais est essentiel pour vérifier que notre message a

été reçu d'une manière qui nous satisfait. La réponse de l'autre personne nous indiquera si elle est avec nous ou non. En effet, le plus souvent ce type de message est reçu comme une critique, et l'autre personne ne nous écoute plus car elle prépare sa défense ou justification.

Dans cette situation, une autre demande pourrait être :

"j'aimerais vraiment comprendre ce qui vous retient d'appliquer ce régime; est-ce que vous entendez cela comme une exigence et vous sentez frustré parce que vous avez besoin de choisir votre nourriture ?"

Les points essentiels sont :

(a) de séparer observation et évaluation, c'est à dire décrire avec précision les faits, sans mélanger d'interprétations qui stimulent aussitôt une défense;

(b) de réaliser que la cause de nos sentiments n'est pas ce que l'autre personne fait ou ne fait pas, mais nos besoins, selon qu'ils ont satisfait ou pas: "Je me sens ...parce que Le et non pas parce que vous. Ceci est très important, même si l'on choisit de ne pas exprimer à voix haute nos sentiments, car cela conditionne notre attitude à l'égard de notre interlocuteur.

En effet, un autre type de sentiments sont générés par les pensées ou préjugés que nous pouvons avoir à l'encontre de l'autre personne : par rapport à la même observation, reprise de 3 Kg (fig 2, p.50) :

★ **Jugement** : "de toute façon, ce patient n'a aucune volonté, ce que je dis ne sert à rien ";

★ **Sentiments** : colère, avec la conviction que la cause de ma colère est le comportement de ce patient. Identifier ce type de pensées ou de jugements est capital pour identifier nos besoins, tel que cité ci-dessus, celui de contribuer à l'amélioration de la santé des patients que je soigne. Toute forme de jugements est une tentative désespérée d'exprimer et d'obtenir satisfaction à des besoins non satisfaits. Attirer l'attention de notre interlocuteur sur nos besoins est le point central de ce processus, car ils sont universels. Nous avons tous les mêmes besoins, ce qui nous différencie, ce sont les stratégies auxquelles nous avons recours pour les satisfaire.

(d) d'être conscient de ce qu'on veut en retour de la part de notre interlocuteur, pour faire une demande claire et concrète, de manière à rendre le dialogue efficace et vivant. Pour ce faire, les demandes doivent concerner le moment présent, et être exprimées en langage d'action positif (ce que l'on veut et non pas ce que l'on ne veut pas) concret, et être très spécifiques.

Figure 1 : Le processus de Communication Empathique (Nonviolente) selon Marshall Rosenberg

Le modèle est présenté de manière très schématique, pour servir de grille de référence; chacun l'adapte ensuite selon son langage, et certaines parties peuvent ne pas être exprimées verbalement.

	EXPRESSION HONNÊTE de ce qui se passe en moi	RÉCEPTION EMPATHIQUE de ce qui se passe en l'autre (compréhension respectueuse)
Observation	« Quand je vois, constate » ou « Quand j'entends »	« Quand vous voyez/constatez/ou entendez »
Sentiments	« Je me sens »	« Est-ce que vous vous sentez ? »
Besoins	« Parce que j'ai besoin de » ou « je voudrais, j'aimerais »	« Parce que vous avez besoin de " ou "aimeriez voudriez »
Demandes	« Et maintenant, Je voudrais que vous me disiez »	« Et maintenant est-ce que vous voudriez... ? »

Figure 2 : Communication empathique et Communication "coupée de la vie"

Par "coupée de la vie", Marshall Rosenberg entend un mode de communication qui nous éloigne de ce qu'il y a de plus vivant en nous, c'est à dire nos besoins. Ce sont nos besoins, satisfaits ou non, qui génèrent nos émotions, et nous conduisent à choisir des actions pour les satisfaire.

Situation : patient qui a repris 3 Kg

Communication empathique	Communication "coupée de la vie"
Observation « quand je constate que vous avez repris 3 Kg »	Jugement « de toute façon, ce patient n'a aucune volonté, ce que je dis ne sert à rien »
Sentiment « je me sens découragé et inquiet »	Sentiment colère, (souvent non exprimée mais perceptible)
Besoin « parce que j'ai besoin de contribuer à l'amélioration de la santé des patients que je soigne »	(pas de conscience claire des besoins à ce moment précis)
Demande « et maintenant, je voudrais simplement que vous me redissiez ce que vous m'avez entendu dire, car j'aimerais être sûre que la manière dont je m'exprime est suffisamment claire ».	Pas de demande véritable souvent une exigence: « ce n'est pas la peine de revenir me voir tant que vous n'aurez pas maigri ».

Elles visent :

- soit à vérifier si notre message a été reçu d'une manière qui nous satisfait,

- soit à savoir comment l'autre personne se sent en réaction à notre message,

- soit à demander une action concrète par exemple : je voudrais savoir si vous seriez d'accord de noter sur un carnet pendant une semaine ce que vous éprouvez au moment où vous allez entamer un gâteau, entrer dans une boulangerie ou ouvrir le frigidaire juste avant de le manger.

(2) Recevoir avec empathie ce qui se passe en l'autre

De la même manière, pour avoir l'élan de contribuer à la satisfaction des besoins d'autrui, il est nécessaire de les comprendre. Ceci est particulièrement difficile quand l'autre personne se conduit ou s'exprime d'une manière que nous ressentons comme agressive, exigeant, ou encore défensive, telle que "non, ce n'est pas de ma faute, je grossis sans manger". Les éléments d'information que nous avons besoin d'entendre de l'autre personne sont identiques à ceux que nous avons besoin d'exprimer (fig 1) :

- Observation : ce à quoi l'autre personne fait référence, ce qu'elle dit ou fait, "Quand vous dites que ce n'est pas de votre faute, que vous ne mangez rien";

- Sentiments : essayer de comprendre les sentiments de l'autre personne: "est-ce que vous vous sentez irrité, frustré";

- Besoins : les besoins de notre interlocuteur, qui sont la cause de ses sentiments "parce que vous avez besoin de

reconnaissance pour tous les efforts que vous faites ?".

On ne prétend pas savoir ce que l'autre personne ressent, mais on va l'aider à clarifier ses sentiments et besoins si nécessaire, en dirigeant notre attention à ce niveau. Le ton de voix est essentiel, ainsi que le mode interrogatif.

- Demande : la dernière étape consiste à aider l'autre à préciser ce qu'il attend de nous :

« est-ce c'est bien ça, ou y a t-il quelque chose d'autre que vous aimeriez me dire ou entendre de ma part ? »

Plus la personne est en colère, plus il est important de faire l'effort de décoder ses sentiments et besoins. Il importe de garder à l'esprit que toute forme d'agression ou de jugement est une tentative désespérée de communiquer un besoin vital non satisfait.

Comment mener ce type de dialogue quand on voit 30 ou 40 patients par jour, voire plus ?

L'une des questions qui revient le plus souvent est celle du temps. Des médecins de camps de réfugiés palestiniens nous disaient « c'est bien joli sur le principe, mais comment voulez vous que l'on fasse quand on voit 150 personnes par jour et que l'on n'a même pas les moyens nécessaires en médicaments ou pour faire des radiographies ? ».

Voici l'exemple de cet homme qui voulait que sa femme puisse accoucher dans un Hôpital réputé de Jérusalem. On lui demande comment il a répondu je n'y peux rien, nous n'avons pas le budget), comment cela s'est terminé (plainte à l'égard des autorités), et constaté le temps que ce dialogue lui a pris (20 minutes), et ensuite démontré comment ce même dialogue aurait pu être mené en utilisant la Communication Nonviolente, en moins de 5 minutes, avec un niveau de compréhension mutuelle. Voici ce que l'on peut dire dans un telle situation.

- Médecin : « Est-ce vous êtes très inquiet et avez besoin d'être rassuré que votre femme et l'enfant seront en sécurité ? »

- Mari : « Évidemment, déjà que l'on vit dans des conditions épouvantables - j'exige qu'elle accouche à Hadassah »

- Médecin (prend un moment de silence pour tenter de bien comprendre les besoins de cet homme) "je crois comprendre que, en plus de l'aspect sécurité, vous tenez à pouvoir choisir l'endroit où votre femme va accoucher ? ».

- Mari : « exactement (le ton de voix est plus calme, l'homme se sent compris, entendu avec respect); alors, vous allez faire ce qu'il faut ? ».

- Médecin : « je me sens embarrassé, car j'ai vraiment à cœur d'offrir les meilleurs soins, et en même temps, aujourd'hui, je ne sais pas comment garantir l'accès à cet hôpital. Est-ce que vous voulez bien me redire ce que vous m'avez entendu dire, car je voudrais être sûr que nous nous comprenons bien ? ». Cette demande de refléter est essentielle, pour s'assurer comme on l'a vu plus haut que l'autre nous entend, et ne reste pas fixé dans ses interprétations que l'on ne veut pas accéder à sa demande.

- Mari : « j'entends que vous ne pouvez rien pour moi ».

- Médecin : « je vous remercie de me dire que c'est cela que vous avez entendu, et je voudrais préciser. Je peux m'engager à garantir la sécurité de votre femme pour l'accouchement, mais je ne sais pas comment vous garantir l'accès à l'hôpital Hadassah. Je voudrais savoir comment vous vous sentez quand je vous dis cela ? ».

Selon la réponse du mari, le médecin peut sentir si la confiance s'est établie ou si cet homme a encore besoin d'empathie pour sa frustration ou son inquiétude. Si tel est le cas, le médecin peut poursuivre en disant par exemple: « je crois percevoir que vous êtes encore inquiet, et j'aimerais savoir ce que je peux faire pour vous rassurer ? Souhaiteriez vous un autre rendez-vous, avec votre femme ? ». Par contre, si le médecin se sent sous pression, il peut aussi choisir, à ce moment là, de faire part de ses propres frustrations devant le manque de moyens mis à sa disposition pour mener à bien son métier. Et de demander à ce mari de lui refléter ce qu'il l'a entendu dire, puis de

lui demander sa collaboration pour chercher ensemble une solution satisfaisante.

Apprendre à dire non est un autre champ d'application essentiel de la communication nonviolente; en effet, reconnaître les besoins de l'autre ne veut absolument pas dire y acquiescer. L'important est de manifester une compréhension respectueuse des besoins de la personne, puis de dire quels sont nos propres besoins qui nous empêchent de répondre oui.

En conclusion, en matière d'éducation, si nous sommes tous conscients de la nécessité d'un dialogue approfondi centré sur les besoins avec les patients, il n'est pas toujours facile d'y arriver. Le processus de communication nonviolente ou empathique nous propose de lâcher prise par rapport aux résultats immédiats pour se centrer sur l'instauration d'une connexion empathique avec la personne, en préalable indispensable à l'éducation. Il nous aide à repérer dans notre manière de penser et de communiquer ce qui bloque le dialogue, à identifier nos besoins et ceux des autres, à développer une attitude empathique, et à formuler des demandes claires. Fait important, la sincérité de l'intention prime; il ne s'agit pas d'une technique, et reconnaître les moments où l'on n'est pas disposé à engager ce type de dialogue est essentiel, car cela signifie que nous avons besoin nous même d'empathie. La pratique est essentielle dans ce domaine.

Tous ces éléments sont les ingrédients de base d'une communication authentique, satisfaisante et efficace, ou encore "thérapeutique" (2).

Pascale Molho
Paris

Références

- 1 Rosenberg MB. Non Violent Communication: A Language of Compassion. Del Mar, CA PuddleDancer Press 1999.
- 2 Sears M. Using Therapeutic Communication to connect with others. Home Healthcare Nurse 1996; 14: 614-617
- 3 Neuwirth ZE. Physician Empathy- should we care? Lancet 1997; 606.
- 4 Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. Ann Intern Med 1984; 101: 692-96.
- 5 Falvo D, Tippy P. Communicating information to patients - patient satisfaction and adherence as associated with resident skills. J Fam Practice 1988; 26: 643-47.
- 6 Barsky AJ III. Hidden reasons some patients visit doctors. Ann Intern Med 1981; 94: 492-98.
- 7 Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication - the relationship between malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997; 277: 553-559
- 8 Beckmann HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice - lessons from palintiff deposition. Arch Intern Med 1994; 154: 1365-70
- 9 Suchman AL, Markakis KM, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. JAMA 1997; 277: 678-82.

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Comment les patients s'adaptent au stress créé par leur maladie : lien avec l'équilibre glycémique

Pour qu'un patient diabétique insulino-dépendant soit à l'abri des complications microangiopathiques, il faut qu'il parvienne à un équilibre glycémique aux alentours de 1,60 g/l de moyenne, ce qui se traduit par une hémoglobine A1c < 7,5 %. Obtenir cet équilibre glycémique implique de la part des patients DID, d'effectuer 3 ou 4 injections quotidiennes d'insuline, 3 ou 4 auto-contrôles par jour pour adapter les doses, et une bonne gestion de leurs malaises hypoglycémiques. Pourtant, nous constatons tous dans notre pratique, combien cet équilibre peut être difficile à atteindre pour certains patients, alors que pour d'autres, cela semble poser moins de problème. Même des programmes éducatifs "bien pensés" sur le plan pédagogique, ne parviennent pas à modifier le comportement de certains patients qui ont du mal à se prendre en charge. La difficulté vient de ce que les programmes éducatifs ont pour but un transfert de connaissances théoriques ou pratiques, mais ne s'adaptent pas au comportement du patient face à sa maladie, qui reflète sa manière de vivre avec son diabète.

En effet, on distingue actuellement plusieurs comportements "d'ajustement" face aux événements stressants de la vie. Ces réactions d'adaptation au stress, appelées "stratégies de coping", sont des réponses conscientes face aux situations stressantes ou négatives rencontrées. On en distingue 3 types: les comportements dits de "résolution de problème", les réponses "centrées sur les émotions" et les réponses dites "d'évitement". Chacun d'entre nous adopte ces 3 types de comportement dans la gestion d'événements stressants, mais un de ces 3 types est plus ou moins prépondérant face à tel ou tel événement de la vie.

Nous avons cherché à préciser dans le Service de Diabétologie de la PITIÉ si les patients diabétiques insulino-dépendants bien et mal équilibrés, utilisaient les mêmes stratégies d'ajustement dans la prise en charge de leur diabète, ou si une différence de comportement pouvait expliquer en partie leur différence d'équilibre glycémique. Cette étude a été coordonnée par S. SULTAN (psychologue).

Les patients diabétiques insulino-dépendants fréquentant la consultation du service ont été abordés sur 3 mois consécutifs. Après un entretien avec le psychologue, il leur a été remis une série de questionnaires à remplir à domicile avec une enveloppe timbrée pour renvoi dans le service, ces questionnaires étant anonymes. Nous avons dans un second temps dépouillé et analysé les résultats en cherchant s'il existait une relation entre le type de comportement (coping) mis en évidence par ces questionnaires, et l'équilibre glycémique de nos patients, reflété par la moyenne des 3 dernières hémoglobines A1c effectuées dans l'année.

L'analyse de ces données nous a permis de remarquer d'emblée une différence importante entre les patients dans la gestion de leur traitement: tous les patients font en moyenne un nombre comparable d'injections quotidiennes d'insuline (3,1 + 0,9), mais les patients bien équilibrés font un nombre significativement plus important d'autocontrôles glycémiques par rapport à nos patients moins bien équilibrés (3,6 + 0,9 vs 2,7 + 1,7). Cela confirme ce que l'on pressentait, à savoir qu'être bien équilibré sur le plan glycémique implique une véritable motivation comportementale d'auto-régulation. Nous avons ensuite recherché si les stratégies de coping mises en place par les patients étaient différentes selon

Le DESG de langue française remercie :

**I' INSTITUT SERVIER
DU DIABÈTE,
LES LABORATOIRES :
BAYER-DIAGNOSTIC
BECTON-DICKINSON,
HOECHST-HOUDÉ,
LIFESCAN, LILLY,
MEDISENSE, MERCK-LIPHA
NOVO-NORDISK,
PARKE-DAVIS, ROCHE**

de leur collaboration et de leur soutien

l'équilibre glycémique. Nous avons ainsi mis en évidence :

1) Que tous les patients, quelque soit leur équilibre glycémique, utilisent des stratégies "d'évitement" face aux contraintes liées à la maladie. Exemple: "quand je pense aux contraintes liées à la maladie, j'essaie de dormir". Ces comportements visent à laisser de côté ce qui est stressant. Le fait d'être bien équilibré n'empêche donc pas d'être stressé par la maladie et de recourir à des stratégies connues pour tempérer le stress.

2) Qu'une différence significative existe en fonction de l'équilibre glycémique dans l'utilisation des "stratégies de résolution de problèmes": les patients ayant une HbA1c < 8 % (bien équilibrés) utilisent de manière plus importante ces stratégies, aussi bien face au fait de se savoir diabétique que face à l'évocation des contraintes liées à la maladie. Exemple: "quand je pense au fait d'être diabétique, je détermine une ligne d'action et je la suis" ou bien "je m'efforce d'analyser la situation".

3) Les patients ayant une HbA1c > 8 % (mal équilibrés) utilisent de manière plus fréquente des réponses émotionnelles face à la pensée d'être malade. Exemple: "quand je pense au fait d'être diabétique, je me bloque et je ne sais plus quoi faire" ou bien "je me reproche de ne pas savoir que faire".

Il est bien sûr difficile de savoir si, pour nos patients mal équilibrés, c'est le fait de réagir de manière émotionnelle face à la prise en charge de la maladie

qui est responsable du mauvais équilibre glycémique, ou inversement, si c'est ce mauvais équilibre glycémique chronique qui incite nos patients à réagir de façon émotionnelle plutôt qu'en terme de résolution de problèmes dans la gestion de leur traitement. Quoi qu'il en soit, ces résultats doivent nous inciter à nous poser plusieurs questions: est-ce que nous cherchons suffisamment, dans les différentes structures d'éducation thérapeutique, à savoir qui précisément nous avons en face de nous ? Ne serait-il pas judicieux de développer des stratégies d'éducation différentes en fonction du type de personnalité des patients et surtout, de leur manière de se prendre en charge ?

Ceci impliquerait bien sûr d'avoir des outils simples permettant de déterminer si les patients à qui nous nous adressons se comportent plutôt de manière émotionnelle ou plutôt en résolution de problèmes. En effet, on peut penser que les patients ayant une "réaction émotionnelle" face à la prise en charge de leur maladie devraient tirer bénéfice de méthodes pédagogiques du type cognitivo-comportemental. Par exemple, des ateliers de "mise en situation" des moments de la vie quotidienne dans lesquels ils rencontrent des difficultés. Par contre, les patients réagissant en "résolution de problèmes", sont aptes à l'enseignement d'outils pratiques (adaptation des doses, variation de l'horaire d'injection, etc...), parce que eux sauront s'en saisir et les utiliser.

A. Heurtier
Paris

L'exercice physique et la diététique sont les deux pivots de la prévention de la récurrence. Tous deux font appel à une modification des comportements des patients.

Sa reconnaissance a été longue

Proposée depuis plusieurs décennies, la réadaptation cardiaque par l'effort a été au début ignorée, méprisée parfois, souvent reléguée au rang de pis aller. Son développement a également souffert du développement spectaculaire des techniques de revascularisation par pontage ou angioplastie qui ont mobilisé les énergies de toute une génération de cardiologues. De nombreux travaux cliniques et physiologiques ont depuis permis d'asseoir les bénéfices du réentraînement physique chez le coronarien sur des bases scientifiques solides. La réadaptation cardiaque doit être véritablement une « réhabilitation » selon l'expression du Pr. Briscaud de Bordeaux. Elle est l'une des composantes de l'arsenal thérapeutique dans la maladie coronaire.

Les bases physiologiques de l'adaptation à l'effort :

Adaptation cardiovasculaire lors de l'effort

Pour des efforts physiques intenses, mais de durée très brève le muscle va puiser dans ses réserves énergétiques d'ATP qui seront reconstituées après l'effort en quelques secondes. Au-delà, le muscle va utiliser une voie métabolique aérobie (car nécessitant de l'oxygène) pour assurer ses besoins en énergie, la consommation musculaire d'oxygène augmente. En cas d'effort intense, les capacités du métabolisme aérobie sont dépassées et le muscle va « contracter » une dette d'oxygène qui devra être « remboursée » après l'effort en quelques minutes ou plusieurs heures selon la durée et l'intensité de l'exercice. La couverture des besoins du muscle en oxygène pendant l'effort et en phase de récupération est assurée par l'appareil cardiovasculaire. Pour couvrir les besoins en oxygène au cours de l'effort, deux mécanismes principaux sont mis en jeu :

- Une élévation du débit cardiaque
- Une meilleure extraction de l'oxygène par le muscle

Le débit cardiaque augmente au cours de l'effort grâce à :

- Une accélération linéaire de la fréquence cardiaque avec l'intensité de l'effort jusqu'à une capacité dite maximale
- Une augmentation de la force contractile du cœur jusqu'à un niveau d'effort correspondant à 40 % de la capacité maximale.

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Réadaptation des coronariens

Qu'entend-on par réadaptation cardiaque ?

La **réadaptation cardiaque** est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie et assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver et reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté ».

La réadaptation cardiaque constitue une démarche thérapeutique globale.

La **réadaptation fonctionnelle** au plan somatique vise à limiter les handicaps par les actions directes de l'exercice physique sur le cœur et les vaisseaux. L'entraînement physique constitue une thérapie cardiovasculaire à part entière, comme les médicaments, la chirurgie cardiaque ou l'angioplastie. La réadaptation psychologique est très importante, essentielle chez de nombreux patients.

La **réinsertion socioprofessionnelle** reste l'objectif naturel de cette thérapie.

La **prévention tertiaire** est l'autre objectif de cette thérapie grâce à son action favorable sur le poids et sur les facteurs de risque cardiovasculaire.

Ces mécanismes d'adaptation correspondent à la **réserve cardiaque** et sont représentés sur la figure 1.

L'augmentation du débit cardiaque est également être favorisé par une **diminution des résistances périphériques**, conséquence d'une vasodilatation artériolaire dans les muscles actifs. Cette diminution des résistances d'autant plus grande que l'effort est intense et qu'il met en jeu des masses musculaires plus importantes. Cette vasodilatation, associée à un recrutement des capillaires musculaires, facilite le temps d'échange et permet au muscle d'extraire plus d'oxygène

Que se passe-t-il chez le coronarien ?

L'augmentation du débit cardiaque s'accompagne d'une augmentation du travail du cœur et donc de sa propre consommation d'oxygène. Il se produit donc également une augmentation du débit coronaire. Mais en présence d'une sténose coronaire cette augmentation du débit coronaire n'est plus possible à partir d'un certain niveau d'effort, il se produit une ischémie myocardique et survient alors la crise d'angor. La douleur qui survient constitue un signal d'alarme et va forcer le patient à s'arrêter; cependant, chez certains patients, et c'est fréquemment le cas chez les diabétiques en raison d'une neuropathie cardiaque, aucune douleur n'est ressentie, on parle d'ischémie silencieuse.

L'ischémie est responsable d'une baisse de la performance myocardique, des modifications électrocardiographiques enregistrées pendant la crise et peut-être responsable de troubles du rythme cardiaque.

Il est important chez le coronarien de déterminer le seuil d'effort physique qui provoque cette ischémie. Pour tout effort en dessous de ce seuil, le myocarde bénéficie des meilleures conditions de fonctionnement. C'est ce seuil qui est mesuré au cours de l'évaluation préalable à tout programme de réadaptation cardiaque.

Les effets bénéfiques de l'entraînement physique

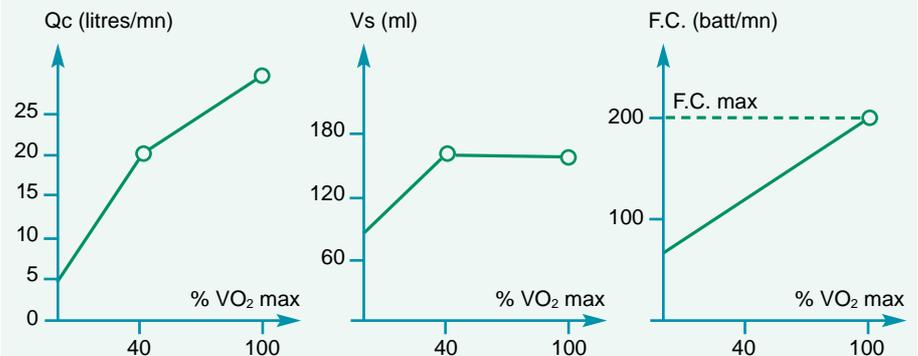
Les effets de l'entraînement physique sur le cœur et les vaisseaux

Les adaptations cardiovasculaires chez le coronarien comme chez le non coronarien apportent d'appréciables bénéfices. Les résistances périphériques et la pression artérielle moyenne s'abaissent. La fréquence cardiaque au repos ou à un niveau d'effort donné est plus basse chez le sujet entraîné; il y a donc une augmentation de la réserve cardiaque. L'ensemble de ces modifications diminue le travail du cœur ainsi que sa consommation d'oxygène.

Figure 1

Évolution du débit cardiaque (Qc), du volume d'éjection systolique (Vs) et de la fréquence cardiaque (FC) lors de l'exercice (W) en fonction de l'intensité de l'effort exprimé en pourcentage de la consommation maximale d'oxygène (% VO_2 max.).

D'après J.Cl. Verdier (1)



Chez le coronarien, le réentraînement se traduit par un recul du seuil ischémique et favorise au niveau du myocarde le développement de la circulation collatérale dans les territoires des sténoses.

Les effets de l'exercice physique sur les facteurs de risque cardiovasculaire

Tabagisme, hyperlipidémies, HTA, Diabète, obésité sont les principaux facteurs modifiables de risque cardiovasculaires. La sédentarité constitue en elle-même un facteur de risque et vient également majorer les précédents.

L'entraînement physique a un effet favorable sur les lipides avec une baisse du cholestérol et des triglycérides. La tension artérielle diminue chez les hypertendus ainsi que la glycémie chez les patients diabétiques. L'exercice physique favorise également la perte pondérale et il semble que les effets bénéfiques de l'entraînement sur les facteurs de risque soient proportionnels au pourcentage de masse grasseuse perdu. L'arrêt du tabac, indispensable, s'accompagne fréquemment d'une prise de poids qui cependant n'en annule en rien les effets bénéfiques; l'exercice physique prévient cette prise de poids.

Les indications de la réadaptation cardiaque

Les indications classiques de la réadaptation sont l'**infarctus du myocarde** et les **suites de chirurgie cardiaque par pontage**. La réadaptation cardiaque a fait ses preuves dans ces indications où sa place n'est plus discutée et pour lesquelles elle est systématiquement proposée. Néanmoins, ces indications, si elles sont classiques, ne concernent plus qu'un

patient sur quatre contre un patient sur deux il y a 10 ans. L'insuffisance cardiaque, l'angioplastie (en dehors de l'infarctus du myocarde), l'angor stable avec ou sans ischémie silencieuse constitue des situations qui étendent le champs d'indications de la réadaptation cardiaque qui est actuellement activement évalué dans ces domaines.

Calendrier d'une réadaptation cardiovasculaire après infarctus du myocarde ou pontage

La réadaptation cardiaque dans ses composantes physiques, psychiques, sociales doit être mis en œuvre rapidement dès la survenue de l'événement aigu, infarctus ou chirurgie. Le réentraînement physique constitue la pierre angulaire de ce programme qui va s'articuler selon un certain nombre d'étapes.

Le calendrier classique d'une réadaptation est présenté sur le tableau 1

- La phase I ou phase hospitalière vise à limiter les complications du décubitus et repose sur une kinésithérapie passive et des exercices respiratoires.

- La phase II commence au décours de l'hospitalisation et consiste en une convalescence active. Elle se déroule généralement dans un centre spécialisé soit en hospitalisation traditionnelle soit en prise en charge externe de type hospitalisation de jour.

- La phase III ou phase de maintenance a pour but de maintenir les bénéfices de la phase II après le retour à domicile avec si possible reprise de l'activité socioprofessionnelle antérieure.

Les modalités pratiques de la réadaptation chez le coronarien en centre spécialisé

Elles concernent la prise en charge des patients a cours de la phase II qui débute dès la sortie du service de cardiologie ou de chirurgie cardiaque.

La prise en charge par la sécurité sociale

Elle est habituellement de 20 séances après un infarctus ou un pontage et s'effectue obligatoirement en centre spécialisé, certaines prolongations peuvent être accordées. Le réentraînement peut être quotidien, en hospitalisation de 3-4 semaines avec permissions le week-end pour préparer le retour à domicile. Elle peut s'effectuer en externe en hospitalisation de jour 3 fois par semaine, le patient rentrant chez lui le soir. A titre de comparaison, en Grande-Bretagne, la réadaptation cardiaque est un passage obligé dans le traitement des coronariens.

Évaluation cardiovasculaire avant réadaptation

Quatre paramètres sont importants à prendre en compte dans la réadaptation d'un patient coronarien :

- * L'intensité de l'effort
- * Sa durée
- * Sa fréquence
- * Le type d'activité

Ces paramètres sont déterminés pour chaque patient par :

- * Les antécédents cliniques
- * L'évaluation de la fonction ventriculaire gauche par une échographie cardiaque

* Les résultats d'une épreuve d'effort initiale effectuée sous traitement avec, de préférence une mesure des échanges gazeux et de la consommation d'oxygène

Ce test détermine les capacités d'effort et quantifie l'ischémie résiduelle du patient; il sera renouvelé au terme du programme de réentraînement, de préférence « démaquillé » (en arrêtant le traitement médicamenteux) afin de préciser les capacités d'effort du patient avant son retour à domicile, et le conseiller quant aux modalités précises de l'activité physique qu'il devra poursuivre.

Modalités des séances d'entraînement physique

La fréquence

Il est nécessaire de pratiquer au moins 3 séances par semaine afin de voir apparaître les premiers signes d'adaptation cardiovasculaires

L'intensité de l'effort

La charge à atteindre et à soutenir pendant l'effort est déterminée par une valeur propre à chaque patient: la fréquence cardiaque cible de travail. Plusieurs formules théoriques permettent le calcul de cette fréquence cible adaptée à chaque patient, elles tiennent compte de la fréquence cardiaque de repos et de la réserve chronotrope, c'est à dire des possibilités d'augmenter cette fréquence de base au cours de l'effort. Cependant bien qu'il soit toujours possible d'adapter ces formules à chaque cas particulier, l'apport simultané au test d'effort d'évaluation initial d'une mesure des échanges gazeux et de la consommation d'oxygène (de plus en plus pratiqué dans les centres de réadaptation) est précieux. Il permet à l'échelon individuel de mesurer la fréquence cardiaque optimale sans dépasser

le seuil aérobique et de suivre ainsi les progrès au fur et à mesure du réentraînement.

La durée des séances d'entraînement

La séance commence obligatoirement par un échauffement et des exercices d'assouplissement. L'exercice en endurance proprement dit est à soutenir entre 20 et 30 minutes par séance. Certains travaux ont montré qu'il était néanmoins possible d'améliorer les paramètres d'adaptation cardio-vasculaires par des séances plus courtes mais répétées dans la journée.

Le type d'activité proposé

Les activités proposées en centres sont variées afin de rompre avec une monotonie qui n'inciterait pas le patient à poursuivre l'effort au-delà de son séjour dans le centre. Il s'agit du vélo, du tapis, du rameur et de la piscine qui permettent un travail en endurance, calibré sur la fréquence cardiaque cible.

Cet effort est complété par des exercices de musculation douce. Dans certains centres comme Bordeaux on met l'accent sur l'intérêt de ce type de réentraînement segmentaire intéressant des groupes musculaires spécifiques. Il semble particulièrement adaptés à la rééducation chez les patients âgés ou présentant une altération marquée de la fonction ventriculaire, chez lesquels l'objectif recherché est la reprise de l'activité quotidienne et l'autonomie.

Le point crucial reste la poursuite de l'activité physique à un niveau suffisant au cours de la phase III de retour à domicile puis de reprise de l'activité professionnelle. En dehors du patient qui avait conservé antérieurement à l'accident une activité sportive de bon niveau et qu'il faudra conseiller, il est fondamental de développer des structures spécifiques de la phase III de type club-santé au sein desquels les patients pourront poursuivre leur réadaptation dans un environnement convivial et psychologique favorable afin de susciter la motivation.

Risques cardiovasculaires de l'entraînement physique

Qui n'a pas en mémoire une histoire de mort subite pendant l'effort physique qu'il s'agisse de patients coronariens ou supposés jusque-là en bonne santé, qu'il s'agisse de compétition sportive, de réentraînement physique ou même d'une simple épreuve d'effort.

Les risques de l'effort après infarctus du myocarde sont essentiellement liés aux risques de troubles du rythme à l'effort ou de défaillance cardiaque aiguë. ➔

Tableau 1

Calendrier de la réadaptation cardiaque après infarctus du myocarde ou pontage.

Tiré de H. Drouard, J.P. Broustet in (1)

	Phase I	Phase II	Phase III
Durée	0-2 sem	2-8 sem	À vie
Lieu	Unité de soins intensif, puis secteur traditionnel	Centre spécialisé en hospitalisation ou en externat	Club-santé ou individuel
Objectifs	Lutte contre les effets du décubitus et du conditionnement	Récupération de la capacité antérieure	Maintien des acquis
Modalités	Kinésithérapie passive puis marche Gymnastique respiratoire	Culture physique, vélo, tapis, natation...	Sport d'endurance

Ce risque survient essentiellement lorsque le niveau d'effort soutenu n'est pas adapté et qu'il existe une ischémie myocardique résiduelle. Il semble qu'une évaluation soignée des possibilités du patient au début du programme de réentraînement diminue considérablement le risque. C'est souligner une fois de plus l'importance pour le patient du séjour en centre spécialisé où cette évaluation est systématiquement réalisée au début et au terme du programme de réentraînement afin de déterminer le niveau et le type d'activité que le patient devra poursuivre en phase III.

Répercussions et prise en charge psychologique de la maladie coronaire

La survenue de la maladie coronaire a toujours un retentissement psychologique majeur. Le cœur est considéré comme un organe central, symbole de vie. La maladie coronaire, surtout lorsqu'un infarctus en constitue la première manifestation que rien ne laissait prévoir, est vécue comme un coup du sort. Elle est également ressentie comme la perte de la jeunesse, n'a-t-on pas « l'âge de ses artères ». L'événement coronarien va bouleverser la vie du patient jusque dans ses aspects les plus quotidiens. Le patient va traverser un certain nombre d'états psychologiques qui s'apparentent à un véritable travail de deuil, comme cela est bien documenté dans d'autres pathologies chroniques de début brutal, comme le diabète de type 1.

L'anxiété et la peur dominent dans les premiers jours, surtout pendant le séjour en soins intensifs; une bonne information du patient par l'équipe médicale sur les examens, les thérapeutiques mises en œuvre, et son devenir est de nature à en diminuer l'intensité.

Les répercussions psychologiques pendant la phase de convalescence, puis après le retour à domicile, sont dominées par la dépression. Celle-ci dépend de l'attitude de l'équipe soignante, de la personnalité du patient et de son statut social. Elle peut être prévenue par une réadaptation précoce et active, une bonne compréhension de la psychologie du malade, et une reprise rapide de l'activité professionnelle est l'un des éléments principaux d'une évolution favorable.

La tendance dépressive est la cause majeure des handicaps psychologiques et professionnels et familiaux des malades coronariens. Ces répercussions sont très supérieures en nombre à celles du handicap et des séquelles d'ordre hémodynamique.

La mise en œuvre d'une prise en charge psychothérapeutique doit être conseillée et encouragée. Parfois le fusée

dans un premier temps par le patient qui dit avoir autre chose à penser, elle est souvent bien accueillie lorsqu'elle prend place dans un cadre de réadaptation cardiaque.

Le problème de l'activité sexuelle, peu souvent évoqué par les patients eux-mêmes, doit être si possible abordé par le soignant. La maladie coronaire a fréquemment un impact et s'accompagne d'une diminution de l'activité sexuelle après un infarctus par exemple, par peur d'une récurrence ou d'une mort subite, partagée fréquemment par le partenaire et aggravée par la tendance dépressive. La réalisation d'un test d'effort d'évaluation avant le retour à domicile permet là aussi de rassurer et encourager les patients à la reprise de leur activité sexuelle.

Réadaptation et reprise du travail

La reprise du travail se prépare dès les tout premiers moments de la maladie, une reprise précoce constitue un facteur de bon pronostic corrélée avec de moindres séquelles physiques et surtout psychologiques. Elle doit être encouragée tout au long du programme de réadaptation. Il faut souvent combattre l'idée reçue et par le patient et son entourage que l'accident coronarien n'est que la rançon d'une activité professionnelle intense... Ou du moins considérée et vécue comme telle.

Conclusion

La réadaptation cardiaque a maintenant fait les preuves de son efficacité et de son caractère « incontournable » dans la prise en charge des coronariens. Le réentraînement à l'effort constitue le pivot de cette thérapeutique en permettant au sujet coronarien de retrouver ses capacités physiques antérieures par une amélioration des performances physiques et des conditions du travail cardiaque. Il s'accompagne également de bénéfices en terme de prévention par son influence favorable sur les facteurs de risque cardiovasculaires comme les dyslipidémies, le surpoids ou le diabète. La réadaptation psychologique du patient et de son entourage face à la maladie coronaire constitue la deuxième composante, essentielle chez certains sujets, de cette thérapeutique. Elle représente certainement au sein de la cardiologie l'une des voies les plus novatrices, trop souvent occultée par des prouesses technologiques qui ont les faveurs des médias. Elle est une médecine moderne en ce sens où elle représente une médecine de la personne considérée dans sa globalité et sa complexité, où la maladie organique est intégrée dans la personnalité et l'environnement du malade.

J.M. Race
Amiens

Références bibliographiques

- 1 Réadaptation chez le coronarien: de l'hôpital à la reprise d'activité. *Cardiologie pratique*. Hors série
- 2 J.P. Broustet, H. Douard. Réadaptation des coronariens. *MEDICORAMA*. 1995, n° 304;

ÉTUDE DE CAS

ABC et les comas hypoglycémiques

ABC a 30 ans, un diabète insulino-traité depuis l'âge de 5 ans. Elle est brillante, exerce le métier d'ingénieur, ses patrons lui demandent souvent son avis et exigent d'elle beaucoup d'heures de présence et de travail. Le passage d'un fuseau horaire à l'autre ne l'effraie pas, elle garde à sa montre l'heure de Paris et jongle avec les injections d'insuline rapide comme s'il s'agissait d'un jeu d'enfant.

ABC est sujette aux comas hypoglycémiques, ses parents téléphonent deux fois par jour à son domicile pour vérifier que tout va bien, qu'elle est bien rentrée ou qu'elle est bien réveillée.

Les comas d'ABC surviennent dans des circonstances bien particulières. En

1997, plutôt que de contester le surcroît de travail dont l'accablaient ses patrons, elle « préféra » faire un coma hypoglycémique dans les heures immédiates de la contrariété.

Ce n'était pas un coma culpabilisant pour elle, mais un coma commandé, en quelque sorte, qui devait fatalement culpabiliser les autres, ses patrons (ses parents ?), un coma qui disait faute de l'exprimer oralement, sa colère, la preuve qu'elle ne pouvait pas faire davantage dans son travail. C'était une crise, un hiatus dans le déroulement sans faille d'une carrière irréprochable, un point de non retour.

Quelques temps plus tard, elle m'annonce très sûre d'elle, que ses patrons lui

accordent une grande confiance, mais qu'après une accalmie, ils la submergent à nouveau de travail.

Et, plutôt que de leur dire : « je ne peux pas, c'est trop pour moi », elle fait deux comas hypoglycémiques non pas sur le lieu de travail (parce qu'il faut éviter de se montrer dans cet état), mais chez elle. Elle leur dit, obtient gain de cause grâce au recrutement d'un collaborateur qu'elle qualifie en ces circonstances de "0,5", presque comme s'il s'agissait d'un symptôme hypoglycémique, alors qu'il s'agissait de nommer celui qui ferait la moitié du travail.

Ces derniers comas ont eu pour but, parce qu'inconsciemment ils étaient programmés, de mettre un terme à ce harcèlement de travail.

Dans l'incapacité de pouvoir exprimer son refus - il faut comprendre là une forme d'alexithymie conçue pour taire une défaillance narcissique, ici l'impossibilité de dire à ses patrons qu'elle ne peut pas fournir le surcroît de travail.

Dans cette impasse narcissique qui risque de raviver la blessure liée à la maladie, il y a là un bénéfice à mettre en avant, non pas la fragilité liée à la maladie, mais l'opportunité du malaise hypoglycémique qui vient recouvrir l'impuissance à faire le travail demandé. Le malaise constitué comme une fin de non recevoir doit être compris comme une résolution définitive et sans compromission du conflit intra psychique : ne pas dire ce qui blesse davantage, montrer sans le dire qu'il y aurait abus de pouvoir sur l'idéal du moi du patient diabétique, ici ABC.

Claude Colas - Paris

L'ÉDUCATION DES DIABÉTIQUES DANS LES GRANDS CONGRÈS INTERNATIONAUX

La reconnaissance de l'acte d'éducation comme acte thérapeutique : une réalité en France pour l'an 2000

C'est sous ce titre qu'a eu lieu, le 22 janvier 1999, un colloque d'une journée à Roubaix, organisé par l'Institut Régional pour la Promotion de l'Éducation du patient et de la formation du soignant (IRPEPS) coordonné entre autre par le Docteur J.L. Grenier.

À la suite des recommandations de la Conférence Nationale de Santé en juin 1998, visant à inscrire l'acte d'éducation en diabétologie dans la nomenclature, ce Colloque a permis de faire le point sur les expériences européennes en la matière avec l'avis d'experts et l'analyse des expériences des gens en place.

L'objectif de ce Colloque a été de faire évoluer la situation actuelle dans le domaine des maladies chroniques, et s'il s'inscrit comme un préalable à un Congrès National organisé en juin 1999 à Paris par le Comité Français d'Éducation pour la Santé sous le titre de :

"L'Éducation pour la santé des patients vers un programme national de développement".

Expériences européennes dans la reconnaissance dans l'acte d'éducation

L'introduction a été faite par A. Decache, responsable de l'Unité d'Éducation pour la santé à Bruxelles qui souligne l'importance de la nécessité d'une reconnaissance professionnelle, politique et citoyenne, plus que d'une reconnaissance financière pour faire évoluer l'acte d'éducation. Cela sous-entend un programme beaucoup plus ambitieux sous forme d'une culture sanitaire qui consiste à dire qu'il ne faut pas attendre d'être malade pour apprendre, mais de faire une éducation civique permettant déjà une prévention primaire.

L'expérience italienne

Elle a été rapportée par A. Maldonato, diabétologue à Rome et Président du DESG-Europe (Diabetes Education Study Group). Les activités d'éducation sont définies, en Italie, par la loi depuis 1987 renouveler annuellement. L'expérience

est certainement très riche et l'acte d'éducation est pris en charge aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation et ceci aussi bien en individuel qu'en groupe en sachant toutefois que la codification et la définition de l'acte d'éducation ne sont pas encore parfaitement définies et semblent fluctuantes dans le temps.

Depuis 1987, plusieurs expériences ont eu lieu, en particulier une étude sur le coût et le temps passé aux actes d'éducation, des meetings annuels multidisciplinaires pour travailler sur le sujet sont mis en place depuis 1994.

Depuis 1997 dans le cadre de la déclaration de St-Vincent Formation de formateurs, l'utilisation du Métaplan ont été mise en place.

L'expérience néerlandaise

Résumée par P. Visser, qui a d'abord défini les buts de l'éducation dans le cadre de la maladie chronique qui devrait permettre une augmentation de la connaissance, une diminution de l'anxiété, une diminution des problèmes psychosociaux liés à la maladie avec une augmentation du sentiment d'efficacité et une augmentation du contrôle du malade; ceci permettant, dans un deuxième temps, une amélioration de la compliance et une diminution de la durée des hospitalisations et de la consommation des médicaments et donc du coût global des maladies. Dans son esprit, l'acte d'éducation est une implication individuelle interactive qui passe par une communication importante et ne doit pas être comparée à un acte thérapeutique médical; ceci nécessite une modification des conditions institutionnelles (changement des institutions), la définition de nouvelles tâches, de nouvelles attentes, avec des conséquences importantes pour le personnel et leur fonction dans le cadre de l'institution. Tout ceci devrait permettre d'aboutir à une modification des relations soignants-soignés. L'éducation devient ainsi plus que de la transmission d'information, elle devient une prise en charge de longue durée incluant l'aide à la modification du comportement, à la motivation, un soutien permanent (counseling).

Ainsi, au Pays bas, c'est depuis 1960 que des coordinateurs d'éducation ont été mis en place dans les hôpitaux et, c'est devant l'insatisfaction des patients dans les années 70, que la mobilisation a pu être obtenue avec, en particulier, le soutien du Gouvernement national depuis le début des années 80.

En 1990, un projet de loi a vu le jour concernant les droits des patients à l'information, reconnaissant la nécessité d'une formation des personnels soignants à la communication pour améliorer la qualité de soin et être un contrepoids au développement des technologies médicales. L'éducation des patients atteints de maladie chronique, au Pays-Bas se fait dans un cadre institutionnel d'hôpital et

fait intervenir les autorités locales et nationales, les personnels soignants, les industries pharmaceutiques, les groupes de recherches et, bien entendu, les Patients.

L'expérience belge

Le rapport concernant l'éducation en Belgique a été très critiqué puisque relatant une expérience relativement ponctuelle en médecine générale libérale, d'éducation des patients atteints de maladies chroniques. Dans ce cadre, l'éducation se fait dans des maisons médicales; le patient vient pour apprendre et pour comprendre son problème de santé. Ainsi, cinquante équipes ont accepté de participer à cette expérience, augmentant leurs actes pédagogiques de prévention. Dans un deuxième temps, il est prévu de mesurer l'impact de l'éducation et de la prévention sur les populations. Dans chacune de ces maisons médicales existe un contrôle de qualité de soins. L'éducation est comprise comme un acte thérapeutique et demandé par les patients, vécue par les médecins comme quelque chose d'humain et d'épanouissant, mais nécessitant une base scientifique rigoureuse.

Le Dr. Laperche, rapporteur belge, souligne la nécessité de réorienter les budgets, avec un paiement par forfaits incluant des programmes de prévention, une loi est en cours d'élaboration en Belgique.

L'expérience suisse

Elle est particulièrement intéressante quant aux différentes étapes de reconnaissance par les instances dirigeantes de l'acte d'éducation. En fait, ce sont des associations de patients qui ont demandé un remboursement des soins avec, au départ, une procédure de justice aboutissant au remboursement d'actes thérapeutiques qui a conduit progressivement les assurances-maladie privées et le système de santé suisse à négocier avec ces associations. Aujourd'hui l'acte d'éducation est reconnu par 57 associations diabétiques, il existe un journal édité en 3 langues, des groupes de formation, en particulier de diététiciennes et de infirmières

En 1996, les premières lois évoquées, négociées par les médecins et les infirmières, et en 1999 l'acte d'éducation en diabétologie est inscrit officiellement comme un acte médical remboursé. Dans ce cadre et sur prescription médicale, le patient peut bénéficier d'une prise en charge de dix à vingt séances annuelles de conseils, chacune d'une heure faite par des soignants (diététicienne et infirmière) ayant une formation clinique en diabétologie. Cet acte d'éducation s'accompagne d'un cahier de charges de la formation des diabétiques et d'un contrôle de qualité. Parallèlement, se mettent en place des programmes d'éducation dans les hôpitaux ainsi qu'une formation de généralistes pour le diabète.

Là aussi, les problèmes budgétaires sont soulignés avec un risque de déra-

page et de rationnement des remboursements dans l'avenir.

L'expérience allemande

En Allemagne, jusqu'en 1997 l'éducation des patients diabétiques n'était pas reconnue par les assurances. De plus, les cabinets spécialisés en diabétologie n'étaient pas reconnus. Ainsi, la diabétologie était exclusivement une spécialité hospitalière ne permettant pas une bonne prise en charge des patients diabétiques.

La constatation de cet état a conduit les allemands en 1991 à mettre en place un programme d'enseignement payé par les assurances maladies pour les patients diabétiques de type 2 sans insulinothérapie effectuée dans les cabinets médicaux libéraux. Un deuxième programme a été mis en route en 1993 dans la région de Brandebourg, cette fois-ci pour l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 sous insulinothérapie conventionnelle.

Ces deux programmes sont structurés et développés particulièrement pour être utilisés dans les cabinets médicaux, s'adressant à un petit groupe de patients et sont remboursés par les caisses de maladie. Les soignants, médecins généralistes et infirmiers suivent un séminaire d'une journée, consacrée à la présentation et à la discussion du programme éducatif, puis participent à un entraînement pédagogique et à un approfondissement des connaissances médicales pendant une formation d'un jour et demi.

Ces programmes ont été évalués et les résultats ont été publiés dans nombre de publications, montrant une amélioration du contrôle métabolique et une diminution de la prescription des antidiabétiques oraux.

Aujourd'hui, ces programmes d'éducation sont répandus dans toute l'Allemagne et pris en charge par les assurances maladie.

La reconnaissance de l'acte d'éducation : de l'expertise à la pratique quotidienne

L'introduction faite par M. Bonnet de Pailleters, Président de la Conférence Nationale de la Santé a fait le point sur les dernières acquisitions. En effet, la Conférence Nationale de santé a présenté cette année ses conclusions reconnaissant la nécessité de mettre en place des programmes d'éducation, aussi bien au niveau des patients que des citoyens, avec un objectif d'éducation pour la santé.

Un projet de loi a été déposé dans ce sens au début de l'été 1998. Ceci a permis d'obtenir l'introduction dans la loi de financement de la Sécurité Sociale (fin

janvier 1999), des actes de prévention, de type dépistage et d'éducation pour la santé. Il a ainsi été reconnu que ces activités font partie du champ d'application de l'Assurance Maladie.

Ensuite, ont été rapportées les vues des différents acteurs en diabétologie de la prise en charge éducationnelle.

Le patient et l'usage de sa maladie

P. Preiss, directrice de l'Association Française des Diabétiques (AFD), a rapporté les différentes actions de l'AFD depuis cinquante ans, donc d'une association de malade dans l'éducation. La création des colonies en 1953, les maisons sanitaires et sociales en 1958, les séjours courts depuis 1990, centrés sur l'activité physique.

La formation des soignants en éducation du patient

R. Gagnaire a fait le point sur la formation des soignants en éducation du patient et particulièrement la nécessité de la reconnaissance de l'acte d'éducation différent d'un acte thérapeutique, nécessitant des professionnels impliqués dans l'acte éducatif en tant qu'acte de soin avec un temps et un lieu pour leur réalisation.

Cela ne pourra se faire qu'après reconnaissance officielle des actes d'éducation qui, elle même nécessite une description, un choix de modèle technique pour la réalisation, ainsi que de déterminer quels soignants seront habilités à dispenser de tels actes. Une réflexion sur la reconnaissance financière de cet acte d'éducation (forfait, remboursement à l'acte) doit aussi avoir lieu.

"Disease management" et éducation du patient

S. Cros Friedman du groupe Glaxo, nous a présenté leurs réflexions sur le "disease management", ou approche globale de la maladie. Elle nous a aussi relaté l'expérience en cours dans le département de l'Eure où deux postes (Médecin et infirmier) ont été créés pour un centre d'éducation, avec dépôt de dossier auprès de la CRAM par l'association concernée et mise en place d'un programme éducatif individualisé et en groupe. Acceptation d'une prise en charge financière par la CRAM à 130 Frs par an par patient.

La reconnaissance de l'acte d'éducation : pourquoi et comment ?

J.L. GRENIER diabétologue et Y. MAGAR pneumologue (spécialiste de l'asthme) ont animé cette partie de la présentation.

La définition des actes d'éducation doit être faite par spécialité en accord avec le PMSI. En diabétologie, le classement des actes doit être fait grâce à des protocoles précis et classés dans un cahier des charges pour permettre une valida-

tion et un classement thématique des actes. L'acte d'éducation devra être dispensé par des structures et des personnels accrédités en éducation (ANAES).

La reconnaissance effective de l'acte d'éducation passe par la reconnaissance financière. Les propositions suivantes ont été faites :

- * 2 actes bien différenciés, Acte éducatif individuel et Acte éducatif de groupe;

- * la cotation de l'Acte d'éducation (AE) serait calculée en fonction d'un temps en référence bien défini avec possibilité de majoration, sans jamais dépassé 1 heure (ex: AE I (Acte d'Éducation) si la durée est inférieure à 30 mn, avec majoration d'un point toutes les 15 mn sans pouvoir dépasser AE 4 soit 1 h.);

- * la cotation de l'Acte d'Éducation de Groupe (AEG) varie lui selon le nombre de patients dans le groupe (pondérations)

(ex: à partir de 3 personnes: temps inférieur à 30 mn pour AEG 1, à partir de 5 personnes: temps inférieur à 30 mn pour AEG 3);

- * le suivi pourrait se faire à l'aide d'un carnet individuel avec possibilité de règlement des actes réalisés par des feuillets détachables inclus dans celui-ci. Le praticien détacherait et enverrait à la sécurité sociale ces feuillets pour être réglé. Une commission régionale d'éducation pourrait évaluer les objectifs atteints à l'échelon individuel et décider de la nécessité d'actes supplémentaires;

- * cette cotation devrait s'appliquer aux unités de soins publiques et privées en application du PMSI, d'où la nécessité de les inclure à court terme dans le PMSI.

De la circulation de l'information... à l'évaluation

L. Kleinebreil rapporte la réflexion du service du Pr. Assal sur l'évaluation qui

en éducation implique de mesurer l'évolution des écarts entre un état réel et un état espéré, ils posent trois problèmes: choix de l'instrument de mesure, recueil des données, analyse (interprétation) des données.

Pour cela est proposée une fiche d'information de base, européenne en trois exemplaires (dont une pour le patient) selon le principe de la fiche DIAB-CARE. La standardisation de l'instrument de mesure facilitera la reconnaissance internationale de l'acte d'éducation.

Les institutions et l'éducation du patient : des exemples

C. Sepieter et C. Terral ont présenté le projet d'institution soumis à et accepté par la CRAM de Picardie avec un cycle d'enseignement pour la santé inscrit dans la formation continue.

A. Denoual
Paris

"Diabetes Education Study Group" de Langue Française

FORMATION DES FORMATEURS



Sept modules de trois jours chacun, sur une période de deux ans. Ces modules sont prévus pour des groupes intensifs et interactifs de 25 participants.

Pour toute demande de renseignements ou inscription :

Christine BAUDOIN
DESG/Formation des Formateurs
INSERM - Unité 341
Service de Diabétologie de l'Hôtel-Dieu
1, place du Parvis Notre-Dame
75181 Paris cedex 04
Tél. 01 42 34 81 41

DESG - Service Bibliographie

Vous êtes intéressé par un ou plusieurs articles référencés dans la rubrique "Bibliographie" de "Diabète Éducation" mais vous ne disposez pas des revues ? Pas de problème: "Diabète Éducation" peut désormais vous en fournir une photocopie (au prix de 1 F. la page).

- **Libellez votre demande en notant bien :**
 - le ou les n° des articles, le n° de Diabète Éducation.
- **Adressez-là à :** Diabète Éducation - Dr. G. Charpentier
59, bd Henri Dunant - 91100 Corbeil Essonnes
- **Joignez un règlement par chèque à l'ordre de ADMIGE ou par timbres.**

LES RÉGIONS DU DESG

RESPONSABLES NATIONAUX DU DESG

Dr Anne-Marie LEGUERRIER

Diabétologie - Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie - 35056 Rennes Cedex
Tél. 02 99 26 71 42 - Fax 02 99 26 71 49

Dr Bernard CIRETTE

Diabétologie - Centre Hospitalier
1, avenue Colbert - 58033 Nevers Cedex
Tél. 03 86 68 31 41 - Fax 03 86 68 38 22

RESPONSABLES RÉGIONAUX DU DESG

NORD

Dr Muriel CORDONNIER

Médecine Endocrinologie
CHG DRON, Hôpital Chatiliez
133, rue du Président Coty
BP 619 59208 Tourcoing
Tél. 03 20 69 44 95 - Fax 03 20 69 45 89

Dr Marie-Claude REJOU-SANNIER

Diabétologie - CHR de Seclin
59113 Seclin
Tél. 03 20 62 70 00 - Fax 03 20 62 75 60

Dr Chantal STUCKENS

Pédiatrie - Hôpital Jeanne de Flandre
2, av Oscar Lambret - 59037 Lille Cedex
Tél. 03 20 44 59 62 - Fax 03 20 44 60 14

NORMANDIE

Dr Yves REZNIK

Endocrinologie - CHU Côte de Nacre
14033 Caen Cedex
Tél. 02 31 06 45 86 - Fax 02 31 06 48 54

OUEST

Dr Anne-Marie LEGUERRIER

Diabétologie - Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie - 35056 Rennes Cedex
Tél. 02 99 26 71 42 - Fax 02 99 26 71 49

MIDI-PYRÉNÉES

Dr Jacques MARTINI

Diabétologie - CH Rangueil
1, av J. Poulhes - 31054 Toulouse Cedex
Tél. 05 61 32 26 85 - Fax 05 61 32 22 70

Dr Sylvie LEMOZI

Diabétologie - CH Rangueil
1, av J. Poulhes - 31054 Toulouse Cedex
Tél. 05 61 32 26 85 - Fax 05 61 32 22 70

PICARDIE

Dr Jean-Michel RACE

Endocrinologie - CHU Amiens
Hôpital Sud - 80054 Amiens Cedex
Tél. 03 22 45 58 95 - Fax 03 22 45 57 96

CHAMPAGNE

Dr Jacqueline COUCHOT-COLLARD

Diabétologie - Hôpital Auban Moët
51200 Epernay
Tél. 03 26 58 71 05 - Fax 03 26 58 70 95

Dr Catherine PASQUAL

Diabétologie - Centre Hospitalier
10000 Troyes
Tél. 03 25 49 49 21 - Fax 03 25 49 48 43

PARIS - ILE-DE-FRANCE

Dr Ghislaine HOCHBERG-PARER

Diabétologue
9, rue Eugène Gibez - 75015 Paris
Tél. 01 48 56 01 67 - Fax 01 48 42 05 62

Dr Hélène MOSNIER-PUDAR

Diabétologie - Hôpital Cochin
27, rue du Fb St Jacques - 75014 Paris
Tél. 01 42 34 12 12 - Fax 01 42 34 11 16

CENTRE

Dr Philippe WALKER

Sce de Diabétologie Endocrinologie
Centre Hospitalier Jacques Cœur
BP 603 - 18016 Bourges Cedex
Tél. 02 48 48 49 42 - Fax 02 48 48 48 02

LANGUEDOC

Dr Michel RODIER

Médecine T - Centre Hospitalier
av du Pr. Debré - 30900 Nîmes
Fax 04 66 68 38 26

ALSACE

Pr Michel PINGET

Endocrinologie
Hôpitaux Universitaires
Hôpital Civil - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 11 65 99 - Fax 03 88 11 62 63

Dr Véronique SARAFIAN

Endocrinologie
Hôpitaux Universitaires
Hôpital Civil - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 11 65 99 - Fax 03 88 11 62 63

LORRAINE

Dr Jacques LOUIS

Hôpital Sainte Blandine
3, rue du Cambout - 57045 Metz
Tél. 03 87 39 47 41 - Fax 03 87 74 63 45

BOURGOGNE - FRANCHE COMTÉ

Dr Bernard CIRETTE

Diabétologie - Centre Hospitalier
1, av Colbert - 58033 Nevers Cedex
Tél. 03 86 68 31 41 - Fax 03 86 68 38 22

RHÔNE-ALPES

Pr Serge HALIMI

Diabétologie - CHU
38700 La Tronche
Tél. 04 76 76 58 36 - Fax 04 76 76 88 65

PACA

Dr Monique OLLOCO-PORTERAT

Diabétologue
28, rue Verdi - 06000 Nice
Tél. 04 93 82 27 30 - Fax 04 93 87 54 51

Marie-Martine BONELLO-FARRAIL

Diabétologue
8 bis, Bd Joseph Garnier - 06000 Nice
Tél. 04 93 52 35 45 - Fax 04 93 98 77 91

BELGIQUE

Dr UNGER

Association Belge du Diabète
Chée de Waterloo, 935 - 1180
Bruxelles - Belgique

QUÉBEC

Pr Jean-Luc ARDILOUZE

Endocrinologie - CHU de Sherbrooke
30001-12E avenue Nord - J1H5N
Sherbrooke - Quebec Canada
Tél. 819 564 52 41 - Fax 819 564 52 92

Photocopiez ou découpez suivant les pointillés, pliez suivant le tireté et glissez le coupon dans une enveloppe 210x100 à fenêtre.



INSCRIPTION AU DESG DE LANGUE FRANÇAISE

Diabetes Education Study Group de Langue Française

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

Inscription pour l'année 2000 - Droits d'inscription : 100,00 Francs

Ces droits permettent d'être membre du DESG de Langue Française et de recevoir le journal "Diabète Éducation"

Libellez votre chèque à l'ordre du "DESG DE LANGUE FRANÇAISE"

Souhaitez-vous un justificatif ? oui non

NOM : _____ et/ou tampon :

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

plier suivant le tireté

Adresser à :

Profession :

Médecin

Infirmière

Diététicienne

Psychologue

Autre

Activité(s) :

Hospitalière

Libérale

Madame N. BACLET
Service du Pr CATHELINEAU
DESG de Langue Française
Hôpital Saint-Louis
1, avenue Claude Vellefaux
75475 PARIS Cédex 10

DIABÈTE ÉDUCATION

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
 Fabienne ELGRABLY

Hôtel-Dieu - 1, place du Parvis Notre-Dame
 75181 Paris Cedex 04

DIRECTEUR DE RÉDACTION
 Guillaume CHARPENTIER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

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

COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)

Claude COLAS (Paris)

Michel GERSON (Le Havre)

Anne-Marie LEGUERRIER (Rennes)

Martine LETANOUX (Paris)

Marc LEVY (Nanterre)

Hélène MOSNIER -PUDAR (Paris)

Martine TRAMONI (Neuilly-sur-Seine)

Nadia TUBIANA-RUFI (Paris)

MAQUETTE - Studio Grafiligne - Tél. 01 64 98 88 07 - Fax 01 64 98 76 60

IMPRESSION - Finkmatt Impression - 4, rue Gutenberg - Z.A.67610 LA WANTZENAU