



# DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 3-N° 1  
1992

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

Section francophone du Diabète Education Study Group - EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

Editonal



SOMMAIRE

## La Déclaration de Saint Vincent

*Saint Vincent est le nom du petit village du Val d'Aoste où se tint en 1988 la première réunion de travail OMS\* - FID\*\* pour définir un plan d'action européen pour les diabétiques*

*La Communauté Économique Européenne avait accepté pour sa part quelques années plus tôt d'inscrire le diabète parmi les grandes causes de santé à soutenir dans les années 1980 à 2000. Ce soutien a pris d'ores et déjà la forme de l'enquête épidémiologique EURODIAB et du projet de constitution de la base de données européennes sur le diabète dite "DIABCARE".*

*L'OMS et la FID dans leur régime européen organisent par l'intermédiaire d'un comité d'action la mise en œuvre de la Déclaration de Saint Vincent.*

### Quel est le contenu de la Déclaration ?

*Il s'agit avant tout de la définition d'objectifs concrets visant à prévenir les complications du diabète, c'est à dire d'en diminuer l'incidence. Ainsi peut-on citer la volonté de diminuer de moitié ou d'un tiers l'incidence des rétinopathies, des néphropathies, des amputations, des accidents cardio-vasculaires, des accidents fœto-maternels et néonataux. Ce sont là les objectifs de prévention secondaire. Il s'agit aussi de mettre en place les moyens techniques d'atteindre ces objectifs et parmi ceux-ci d'obtenir un accord sur le minimum des structures, des personnels et des méthodes de soins et d'éducation auxquels ont droit les diabétiques dans les pays de la C.E.E.*

*Il s'agit enfin de défendre, lorsqu'ils existent, voire de promouvoir dans le cas contraire, les droits sociaux et économiques des diabétiques. Ainsi les conditions d'accès et le remboursement des soins, les règles d'obtention du permis de conduire, l'accès équitable aux assurances privées font-ils partie des objectifs de la Déclaration de Saint Vincent.*

*Vingt deux gouvernements européens en la personne de leurs représentants des ministères de la Santé, dont celui de la France, ont signé cette déclaration les engageant moralement à la mettre en œuvre, c'est à dire à en donner les moyens concrets à partir de 1995.*

Suite p.2 ^\*\_-

\* OMS : Organisation Mondiale de la Santé - FID : Fédération Internationale du Diabète ; regroupement des Associations de Diabétiques de chaque pays.

- La Déclaration de Saint Vincent.....1  
(G. CATHELINÉAU)
- **TESTÉ POUR VOUS**
- CAMIT : une aide à la relation thérapeutique et un outil éducatif pour le diabétique.....3  
(V. SCELLES - V. LASSMANN-VAGUE)
- **DIABÈTE ET PÉDAGOGIE**
- Ce qui est parfois "sucré" dans l'éducation : le sujet .....4  
(J.-P. BASCLET)
- **DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE**
- L'utilisation de la vidéo pour former des soignants qui enseignent aux malades.....5  
(A. LACROIX)
- **A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES**
- Lieu de contrôle, profil de type A, et observance d'un traitement anti-hypertenseur, ou l'importance des facteurs psycho-comportementaux.....8  
(SILLAM.CONSOLO)
- **ÉTUDE DE CAS**
- Crise psychologique chez un enfant diabétique par Implication excessive dans la prise en charge de son traitement.....10  
(S. RICARD-MALIVOIR - J.-C. ROLLAND M-ABERGEAT-I.MERCAT)
- **ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE**
- Éducation des diabétiques : faut-t-il tout revoir ?.....11  
(P.-Y. TRAYNARD)
- **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES RÉCENTES.....12**

## DIAMICRON

Gliclazide

Une double action : métabolique et vasculaire.

2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

**Composition** : gliclazide 0.080 g par comprimé sécable. **Propriétés pharmacologiques** : Sulfamide hypoglycémiant présentant des propriétés microvasculaires originales. **Indications** : Diabète non acidocétosiques, non insulino-dépendants de l'adulte et du vieillard, lorsque le régime prescrit n'est pas suffisant pour établir à lui seul l'équilibre glycémique. **Posologie** : Dans la majorité des cas, 2 comprimés par jour. Coût du traitement journalier : 4,32 F. **Contre-indications** : Diabète infantile, diabète juvénile, cétose grave, acidose, précoma et coma diabétiques, grossesse, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique grave, antécédents allergiques connus aux sulfamides, association au miconazole comprimés. **Effets indésirables** : Réactions cutanéomuqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamido-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. **Précautions d'emploi** : Régimes hypocalorique et/ou hypoglycémique et surveillance biologique habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilités d'interaction avec le miconazole (hypoglycémie grave). A.I.N.S. (notamment salicylés), sulfamides antibactériens, coumariniques, IMAO, bêta bloquants, diazépam, tétracycline, maléate de perhexiline, chloramphénicol, clofibrate, alcool (hypoglycémies); barbituriques (réduction d'activité); corticoïdes, salidiurétiques, estroprogestatifs (hyperglycémie). **Présentation** : Boîte de 20 : 44,70 F - A.M.M. 312936-1. Boîte de 60 : 109,90 F A.M.M. 312937-8. Liste I - Conservation : 5 ans. S.S. 70%. Coll. et AR Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les-Aubrais. (Informations complémentaires : cf. Vidal).

ÉDITO (suite)

## Une telle déclaration est-elle utile ?

Bon nombre d'esprits sceptiques et méfiant des initiatives de ce type auront tendance à ne voir ici qu'une agitation vaine et inutile.

En France, V autosatisfaction benoite fait croire à la perfection de la situation. Il existe maintenant une grande et solide tradition de diabétologie clinique et scientifique. Des équipes de recherches distinguées figurent au palmarès des grands congrès internationaux, comme en première page des quotidiens à sensations. Mieux encore, les soins du diabétique sont "remboursés" à 100%. Les technologies de pointe, implantations de "pompes", greffes de pancréas, font l'objet de l'activité de bons nombres de groupes. Tout ceci est parfaitement avéré et disponible pour environ 20% de la population des diabétiques. Diabétiques de type I pour une grande majorité suivis par des spécialistes, ils sont au nombre de 150 000 environ. Or il y a vraisemblablement 2 à 2,5 millions de diabétiques en France non insulino-traités pour la plupart. On sait peu de choses à leur sujet. Sont-ils plus ou moins gravement malades que les précédents ? Ont-ils accès aux mêmes méthodes de soins ? Sont-ils bien informés, éduqués ? Voilà qui devrait intéresser diabétologues et Pouvoirs Publics. La mise en œuvre de la Déclaration de Saint Vincent est un moyen parmi d'autres de répondre à ces questions.

Les diabétiques français, pour être assez bien lotis, ont encore probablement beaucoup à gagner à travers une telle demande.

## Qu'a-t-il été fait jusqu'à maintenant ?

Le Comité d'Action OMS - FID pour la Région Européenne a suscité la formation de groupes d'experts pour chacun des objectifs. Il leur a demandé de formuler des recommandations de conduite pratique pour chaque complication en terme de méthodes de diagnostic, de prévention et de traitement. Il leur a demandé de définir les besoins en matière de formation des personnels de santé impliqués dans les soins aux diabétiques comme aussi ceux en matière d'éducation. Aux diabétiques membres du groupe, il a été demandé de définir les droits et les soins du patient. Ce travail est actuellement terminé et vient d'être publié lors de la récente

réunion pour la mise en œuvre de la Déclaration de Saint Vincent à Budapest les 9, 10 et 11 avril 1992. La réunion de Budapest s'est terminée sur une seconde déclaration demandant que chaque pays organise un groupe d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration.

La France n'est pas restée en retard dans cette démarche: dès 1988, l'Association Française des Diabétiques, seul membre de la Fédération Internationale du Diabète, lançait plusieurs actions convergentes. Elle demandait au DESG de produire le Livre Blanc sur l'Éducation des Diabétiques: celui-ci est à la fois un état des lieux, une proposition d'actions, de moyens à obtenir et un plaidoyer pour la reconnaissance officielle de l'acte d'Éducation\*. Elle a agit en faveur de la constitution du Conseil Supérieur du Diabète. Celui-ci constitué, elle lui demande de gérer les aspects médicaux de la mise en œuvre de la Déclaration de Saint Vincent.

Ainsi peut-on considérer que le Conseil Supérieur du Diabète est la force de pression dont la réunion de Budapest demande la création.

Concrètement et déjà depuis l'année passée, V Association Française des Diabétiques a produit une première version des recommandations internationales destinée à faire connaître la Déclaration de Saint Vincent aux membres du personnel soignant sur le territoire, médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, podologues, aux représentants des Caisses d'Assurances Maladies, aux membres des Conseils Municipaux, des Conseils Généraux et Régionaux, leur demandant de V approuver et recueillant leurs signatures à cet effet.

Enfin, un inventaire des structures de soins disponibles localement est en projet. Pour sa part, le Conseil Supérieur du diabète a soumis à des comités d'experts français des recommandations internationales. Il en a recueilli les avis, il en diffusera la teneur.

## Que reste-t-il à faire ?

Tout ou presque. Et d'abord **l'inventaire des besoins**: les études épidémiologiques existantes ou en cours vont aider à cette tâche. Les résultats du GEF COD, de l'étude EURODIAB, de l'étude CODIAB, de l'étude DIAREM permettront une meilleure approche de l'état de santé des diabétiques français et de mieux définir les besoins.

\* Celui-ci l'est très officiellement depuis la fin 1990 en Allemagne et plus récemment au Royaume uni.

Ensuite, veiller à la **définition de filières de soins** publiques ou privées définissant les tâches de chacun dans l'esprit et la lettre de la Déclaration de Saint Vincent. C'est un travail d'information très lourd mais possible dans le contexte diabétologique français.

Il faudra enfin, munis de ces analyses, définir ce qui manque, ce qui doit être mis en place et où. La **reconnaissance de l'acte d'éducation** geste thérapeutique majeur de prévention secondaire est assurément l'un des plus urgents à obtenir. La France est ici en retard sur d'autres pays européens.

**L'inventaire** tenu à jour des structures, personnes ou institutions ayant souscrit aux recommandations et s'engageant à les respecter dans la pratique courante est un vœu ardent des patients. <sup>^\*^</sup>

**L'évaluation** enfin, et parmi d'autres objectifs, des effets d'une telle stratégie en terme de coût direct et indirect du diabète devrait faire fondre les préoccupations du Ministère de la Santé, à défaut de celui des Finances et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

C'est une longue route, mais sans doute pas plus que celle qui conduisit diabétiques et diabétologues de la recherche occasionnelle du sucre dans les urines avec la liqueur de Fehling à V utilisation raisonnée et conséquente de V autocontrôle glycémique.

Le diabète, en matière de Santé Publique, est un modèle remarquablement riche en potentiel de progrès. Prise en charge, nouvelles thérapeutiques d'actualité et surtout prévention secondaire des complications sont à portée de main. <sup>^</sup>

Le DESG est avec d'autres, l'AJD en particulier, profondément convaincu de V utilité et de V efficacité prouvée de cette démarche. Les diabétiques sont pour l'immense majorité exemplaires de ténacité, de modestie et de courage.

Leur discrétion les fait oublier par un public plus soucieux de spectaculaire que d'efficacité.

La déclaration de Saint Vincent n'a pas d'autres buts que d'améliorer encore les soins et la prise en charge des diabétiques pour une meilleure qualité de vie.

Gérard Cathelineau  
Secrétaire Général de l'A.F.D.  
Membre du Steering Committee du  
Groupe OMS-FID Européen pour la  
Déclaration de Saint Vincent

# CAMIT : une aide à la relation thérapeutique et un outil éducatif pour le diabétique

L'autosurveillance glycémique des diabétiques est un point important du traitement. Plusieurs lecteurs de glycémies sont disponibles avec ou sans mémoire. Afin d'améliorer l'exploitation des contrôles de glycémie, le laboratoire Boehringer a commercialisé un nouveau système : le CAMIT. Nous exposerons ici les particularités de ce système, puis à travers une étude effectuée dans le service, nous montrerons l'aide qu'il a pu apporter dans le suivi thérapeutique d'adolescents diabétiques insulino-dépendants.

## Présentation du CAMIT

Le système est constitué du CAMIT EL, appareil de petit format (10 x 5 x 0,8 cm) qui doit être relié en permanence par un câble au lecteur de glycémie REFLOLUX II à mémoire et d'un programme informatique utilisable sur un ordinateur IBM PC.

### 1) CAMIT EL

C'est un carnet électronique de surveillance destiné au patient. Il permet d'enregistrer automatiquement des "blocs de données". Chaque bloc comprend la date, l'heure, la valeur de glycémie capillaire mesurée, les doses d'insuline injectées ainsi qu'un ou deux commentaires.

Ces commentaires servent à cerner le contexte dans lequel a été effectué le contrôle glycémique (par exemple : avant ou après un repas, à l'occasion de symptômes d'hypoglycémie, avant ou après un exercice physique).

La mémoire du CAMIT EL contient 250 blocs de données, ce qui correspond à une durée de trois mois pour une moyenne de trois glycémies capillaires quotidiennes.

### 2) CAMIT S

C'est un programme informatique utilisable sur IBM PC ou compatible. Il analyse les "blocs de données" stockés dans le CAMIT EL. Il peut prendre en compte l'ensemble des glycémies enregistrées par le patient et on obtient alors un listing équivalent au carnet de surveillance classique. Mais l'opérateur peut choisir d'analyser les glycémies plus finement.

Il peut ainsi obtenir les glycémies, leur moyenne et leur représentation graphique - pour un jour ou une semaine - pour un événement précis (exercice physique, hypoglycémie...).

## Expérience du service

Il nous a paru intéressant d'utiliser un tel outil pour sa valeur pédagogique. Un contrat a été passé avec neuf adolescents, diabétiques insulino-dépendants, mal équilibrés comme en témoignent des

taux d'HbA1C élevés, mais dont les carnets de surveillance n'affichaient que des glycémies correctes, ce qui rendait la discussion thérapeutique difficile...

Ils ont été équipés d'un REFLOLUX II à mémoire et du carnet électronique de surveillance (CAMIT EL).

L'évolution de l'équilibre glycémique a été jugée sur les HbA1C mesurées avant, à deux mois ( $m = 8,1 \pm 0,9 \%$ ) et à 5 mois de l'étude ( $m = 7,9 \pm 1,6 \%$ ). L'HbA1C de départ était de  $m = 9,7 \pm 1,7 \%$ . A deux mois, on note une amélioration de l'HbA1C chez 6 patients, qui se poursuit à 5 mois. Dans 2 cas, malgré l'absence d'amélioration de l'HbA1C on observe une diminution du nombre de glycémies falsifiées. En effet, il est possible d'enregistrer des glycémies "manuelles" quand le CAMIT EL n'est pas connecté au REFLOLUX et il y a alors possibilité de "tricherie". Dans ce cas, un "M" s'inscrit dans la marge du listing. Enfin, dans un cas il n'y a aucune amélioration.

Les résultats sont donc encourageants sur cette population de patients particulièrement difficiles à équilibrer, où le CAMIT en réduisant la possibilité de "tricher" a permis de franchir un cap dans la relation thérapeutique.

## En conclusion

Généralement, le système est considéré d'emploi facile aussi bien par les patients (utilisation du CAMIT EL) que par les médecins (utilisation du programme informatique).

Bien sûr, il faut pouvoir disposer d'un ordinateur sur le lieu de la consultation et du temps nécessaire à la sortie des résultats sur l'écran ou sur listing (environ 15 minutes).

Si on choisit de travailler uniquement sur listing, cette opération peut être effectuée au préalable par une autre personne.

Il faut noter que certains diabétiques souhaitent garder simultanément leur carnet classique de surveillance, plus pratique pour l'adaptation quotidienne des doses d'insuline.

Lors de la consultation le CAMIT permet une vision rapide de l'ensemble des données sur plusieurs semaines, aussi bien qu'une analyse plus précise pour expliquer un déséquilibre glycémique. Pour le médecin, l'appréciation et l'interprétation des résultats sont facilitées. La visualisation des résultats sur l'écran peut aider au dialogue médecin - patient.



L'expérience du service montre l'intérêt éducatif du système sur une population d'adolescents particulièrement difficiles à équilibrer, où le CAMIT en réduisant les possibilités de "triche" a permis une meilleure prise en charge de l'adolescent par lui-même.

Au total, le CAMIT améliore l'appréciation et l'interprétation des courbes glycémiques et a rendu plus fructueuse la consultation.

Le CAMIT représente donc un outil pédagogique incontestable pour les diabétiques.

V. Scelles - V. Lassmann-Vague  
Service de Nutrition et Diabétologie  
CHU Timone - Marseille

## Le CAMIT en pratique :

### CAMIT® EL

- Carnet électronique de surveillance connectable avec tous les Réflolux®. Capacité mémoire : 250 blocs de données (date, heure, glycémies, insulines, événements).

#### Coffret contenant :

1 appareil,  
1 trousse en cuir,  
1 pile.

**Prix TTC: 990,00 F.**

### CAMIT® S Version 2.0

- Logiciel d'analyses des données du diabétique, destiné aux médecins. Fonctionne sur IBM PC et compatibles (version MS-DOS 3.0 ou supérieure)

#### Coffret contenant :

1 disquette 5 1/4"  
1 disquette 3 1/2"  
1 interface Camit® IF25 avec pile.

**Prix TTC. :2990,00 F.**

Ces appareils ne sont pas inscrits au TIPS et donc ne sont pas remboursés. Ils ne sont pas distribués en pharmacie et doivent être commandés à :

**BOEHRINGER MANN HEIM**  
2, av. du Vercors  
38240 MEYLAN

**Tél.: 76 76 30 51,**  
**Fax : 76 76 46 50**

Présentation assurée par l'ingénieur technico-commercial Boehringer sur simple demande.

## DIABÈTE ET

# Ce qui est parfois "sucré" dans l'éducation : le sujet

L'éducation en diabétologie, telle qu'elle est évoquée dans de nombreux articles, fait presque exclusivement référence au domaine de la communication. C'est ainsi qu'on parle de message, de changement de comportements, de programme éducatif, d'objectifs à atteindre, d'information, d'acquisition de connaissances, etc..

Même si l'on évoque maintenant "l'inter-activité", force est de constater que le modèle en matière d'éducation reste une communication à sens unique du médecin dispensateur de savoir, au malade, récepteur sinon réceptif.



*Alors... je vous écoute!!*

Grand est le danger pour une médecine de plus en plus organisée sur le modèle de la science de voir ses efforts compromis par la mise à l'écart ou la non prise en compte de la dimension subjective du malade.

C'est bien que le patient ait une histoire et une structure psychologique personnelle qui fait les aléas d'un suivi thérapeutique.

C'est bien dans les "écarts" de régime, les auto-contôles anarchiques, les "ratages" dans l'adaptation des doses, les malaises "hypos" ou les acidocétoses qu'on peut dire qu'on a vraiment affaire à un sujet humain qui nous convoque ainsi sur la scène de son théâtre personnel.

Que faire de ces dysfonctionnements qui viennent faire irruption de manière tonitruante dans un tissu thérapeutique qu'on veut rationnel et aseptisé ?

La tendance a été trop longtemps d'y répondre par un flot de bonnes paroles ou d'y opposer des mises en garde.

## Du temps pour comprendre

Que faire de ces dysfonctionnements sinon les prendre comme les manifestations de la présence d'un sujet affublé d'une histoire qui a commencé bien avant sa rencontre avec le médecin et l'équipe soignante. C'est de cette histoire et du temps logique qui la structure dont il faut tenir compte pour pouvoir interpréter et parfois lever les obstacles qui se posent à l'intégration d'une information sur la maladie que les équipes s'attachent à transmettre.

**Il est donc important qu'à côté du temps "purent" pédagogique (cours et exercices pratiques) un autre temps soit dégagé dans lequel les patients puissent suffisamment se faire connaître (et se connaître eux-mêmes) dans ce qu'ils ont de personnel à dire sur leur vie, leurs joies, leurs peines, leurs espoirs, leurs désespoirs, trame sur laquelle le diabète vient s'insérer mais avec laquelle il ne se confond pas toujours.**

Ce temps d'écoute, beaucoup de soignants le pratiquent, "mine de rien", au cours des nombreux contacts qu'ils ont avec leurs patients, pour peu que la charge et les conditions de travail n'exigent pas d'eux de fonctionner comme des robots. Mais il peut être utile, dans l'éducation, d'inclure un temps plus formel dans lequel, aidés par un professionnel (psychologue par exemple), les diabétiques puissent aborder in extenso leur vécu de la maladie et évoquer pêle-mêle leurs réactions à l'annonce du diagnostic, leurs éventuels lassitude ou découragement, l'attitude de leur entourage, etc..

C'est dans ces moments en évoquant le passé, que certains patients peuvent verbaliser ce qu'ils n'ont jamais pu dire faute d'interlocuteurs. C'est à cette occasion que peut être restitué un sens à ce qui, à priori, n'en a pas : la maladie somatique, en l'occurrence le diabète.

C'est alors, parfois, l'occasion pour ces patients d'en savoir un peu plus sur des éléments de leur propre histoire, éléments oubliés, refoulés ou déniés, voire

forclos, d'en atténuer la charge affective qui y était associée et de rompre ainsi avec des comportements répétitifs, incontrôlables, irrépressibles, incompréhensibles au regard d'objectifs thérapeutiques auxquels ils ont pourtant apparemment adhéré.

A l'aide de l'entreprise de symbolisation que représente la parole, on peut renouer avec un Imaginaire dont on s'était écarté ou qu'on avait désinvesti, et ainsi tenter de composer avec le Réel incontournable de la maladie somatique.

## Diagnostic et éducation : une question de rythme

Encore faut-il, dans nos modernes structures de soins, laisser du temps à cet exercice bien souvent délaissé au profit d'une technicité toujours plus grande de l'entreprise médicale.

C'est dans ce "No man's land" entre diagnostic et éducation que vont s'élaborer, se renforcer, voire s'enkystrer les tentatives (parfois désespérées) pour mettre à distance cet innomable de la maladie.

C'est dans cet espace temps où on pense qu'il n'y a personne (No man) que discrètement ou avec fracas, celui ou celle qui vient de s'entendre dire qu'il était malade, alors qu'il ne se sent parfois pas si mal que ça, élabore des défenses contre ce qui vient de faire ainsi irruption dans sa vie et dont on va lui rebattre les oreilles en éducation...



*Prise en charge du diabétique par une équipe "pluridisciplinaire"...*

C'est à ce moment où le patient s'attache à comprendre ce qui lui arrive que l'éducation vient proposer des réponses qui ne sont pas toujours en harmonie avec celles que le sujet a commencé à construire.

Trop "collée" à l'instant du diagnostic où quelque chose d'indicible a parfois été vu ou entrevu, l'éducation ne "passe" pas. Trop éloignée de cet instant inaugural, elle se heurte aux conclusions parfois définitives que le sujet a élaboré à partir de son histoire, de ses croyances, de ses fantasmes.

Ce "moment pour comprendre" que représente l'éducation en diabétologie doit donc bien être resitué et dans l'histoire personnelle du sujet, et dans celle de ses relations avec la "chose" médicale dont les équipes font partie.

"Avant l'heure c'est pas l'heure et après l'heure c'est plus l'heure !".

Il y a peut être, pour chaque patient, une "fenêtre" à ne pas rater, comme pour le lancement d'une fusée qui, si on ne la respecte pas, met en échec les projets plus ambitieux et les plus sophistiqués.

Cela exige qu'au-delà de l'accueil, de l'accompagnement, du souci de transmettre son expérience et son savoir, une équipe en diabétologie puisse être à

l'écoute de l'histoire, de la structure et du rythme de chaque patient qui font qu'on "ne peut pas aller plus vite que la musique".

Dans une telle équipe, le psychologue a autant de place à prendre que le diététicien, le médical, les soins, l'éducatif, etc..

Il peut s'incarner dans un personnage précis, il doit en tout cas figurer comme espace et temps spécifique dans les projets d'une équipe digne de ce nom.

J.P. Basclat  
Psychologue - psychanalyste  
Hôpital Gilles de Corbeil  
Dessins de P. Chanson

## DE LA THEORIE A LA PRATIQUE

# L'utilisation de la vidéo pour former des soignants qui enseignent aux malades

## L'expérience de Genève

Ce texte présente une expérience de formation en pédagogie médicale menée depuis une dizaine d'années dans un service spécialisé de traitement et d'enseignement pour diabétiques. Cette Unité, créée en 1974 par le Prof. J-Ph. Assal fonctionne au sein de l'HCU de Genève. Il n'est pas toujours facile pour les médecins traitants de former systématiquement leurs malades lors de consultations ambulatoires. A ce titre, un centre spécialisé offre de nombreux avantages. Les malades programment leur séjour à leur gré et selon les disponibilités du centre. Celui de Genève accueille chaque semaine une dizaine de patients de tous âges et de différents types de diabète, qui seront examinés, traités et enseignés par l'équipe médicale : médecins, infirmières et diététicienne.

Depuis son ouverture, près de 35 000 heures de cours y ont été données et c'est environ 10 000 personnes diabétiques et membres de leur entourage qui ont participé au programme d'éducation dans cette unité.

Une des règles du service consiste à impliquer chaque soignant dans des tâches d'enseignement. Chacun d'eux est responsable d'un ou de plusieurs cours du programme qui comporte 12 h. de cours en groupe, complétés la plupart du temps par des appuis individuels.

## Enseigner les patients... oui, mais comment ?

Si l'enseignement systématique des patients date d'une vingtaine d'années, c'est plus récemment qu'il est apparu nécessaire de former les soignants pour qu'ils exercent avec compétence leur nouveau rôle d'éducateurs. Dans la plupart des cas, les soignants se sont mis à enseigner spontanément les patients sans que leur soient donnés les moyens de concevoir puis de dispenser des enseignements adaptés aux nécessités thérapeutiques des patients. L'unité de Genève s'est préoccupée presque dès son origine d'offrir à son équipe soignante un appui psycho-pédagogique.

Afin d'être le plus proche possible de la pratique médicale, c'est au lieu même de leur activité que les soignants peuvent s'entraîner à améliorer leur communication avec les patients. Une psychologue assure en permanence un rôle d'assistance pédagogique auprès de l'équipe.

L'expérience d'une dizaine d'années nous a appris, autant par ses difficultés que par ses succès, que les besoins des soignants pour assumer leur tâche de formation des patients représente une réelle priorité. Outre l'avantage de travailler en situation réelle et de pouvoir

observer et comprendre comment les soignants s'y prennent pour enseigner et former les patients, cette expérience comporte aussi l'intérêt de concerner une équipe complète et pas seulement certains de ses membres plus volontaires ou plus motivés que d'autres pour enseigner les patients et pour accepter une supervision de leurs prestations pédagogiques.

## Enseigner les soignants... oui, mais comment ?

Suffit-il, pour former des malades, de connaître la médecine et les traitements adéquats ?

De quels modèles s'inspirent les équipes médicales qui enseignent leurs patients ?

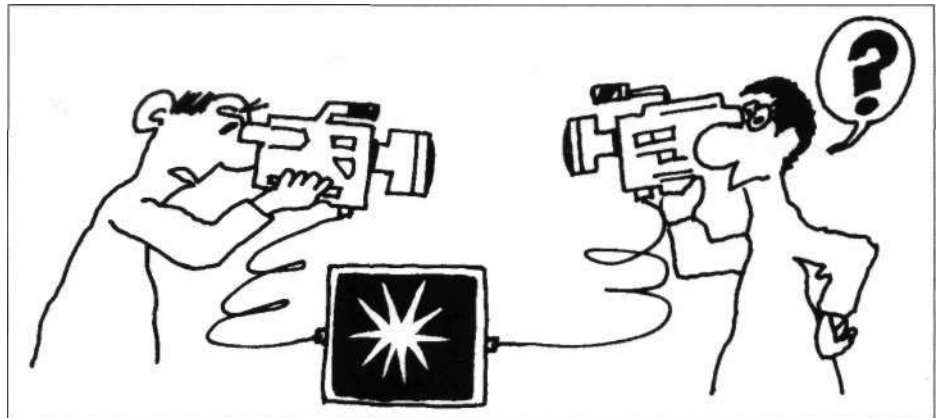
Y a-t-il une pédagogie spécifique à ce genre de situation ?

Ces questions se posent d'emblée à qui aborde le contexte médical par le biais des sciences de l'éducation.

Les soignants ont appris à soigner et voici qu'il leur incombe d'enseigner leurs patients à se traiter eux-mêmes. Quant aux patients, il leur faut apprendre à assumer leur maladie au quotidien en étant capables de gérer leur traitement. L'enjeu est de taille et il implique que les patients acquièrent de réelles compétences thérapeutiques. Or, ces patients sont très diversement concernés par leur maladie. On sait que leur compliance est liée à leur degré d'acceptation de la maladie, et que l'acceptation n'est ni automatique ni définitive.

Un tel accusera le choc comme une catastrophe tandis qu'un autre mobilisera ses défenses jusqu'à l'aveuglement. Ces modes de réactions spontanés manifestent l'impact que peut avoir la survenue d'une crise comme la maladie dans une trajectoire de vie. C'est dire que les patients qu'il s'agit de former à la gestion de leur traitement ne sont pas toujours dans des dispositions favorables pour acquérir les compétences qui leur sont nécessaires.

Dans la majorité des cas, les soignants abordent leur tâche d'enseignement sans mesurer les obstacles à l'apprentissage chez les patients dont le vécu (le niveau d'acceptation de la maladie) est problématique. Tout se passe comme si les soignants avaient affaire à des élèves motivés comme eux-mêmes l'étaient lors de leurs études de médecine ou en soins infirmiers. D'innombrables heures d'observation des cours donnés à des patients nous ont montré la tendance quasi générale des soignants à reproduire, sans le savoir, des pratiques pédagogiques utilisées dans le cadre scolaire et universitaire traditionnel.



Lorsque nous enseignons d'une manière spontanée, intuitive, nous empruntons des modèles pédagogiques que nous avons intériorisés pendant notre propre parcours d'élève ou d'étudiant. En observant le déroulement des cours donnés par des soignants sans formation pédagogique, nous avons constaté deux formes dominantes possibles : la première consiste essentiellement à transmettre des connaissances au moyens d'exposés magistraux tandis que la seconde est une sorte de questionnaire systématique des patients.

Ces stratégies purement verbales ne favorisent pas les apprentissages nécessaires aux patients. Le temps important consacré aux cours sur la maladie, ses traitements, la diététique etc.. peut être utilisé plus efficacement grâce à des méthodes où les apprentissages sont fondés sur l'implication des patients dans des activités où ils peuvent expérimenter et développer leurs capacités.

Les objectifs d'éducation et de prévention impliquent que les méthodes d'enseignement ne bénéficient pas seulement à certains d'entr'eux mais permettent à chaque patient de développer des savoirs faire, des capacités thérapeutiques lui donnant les moyens de faire face aux impératifs de son traitement. Certes, un enseignement aussi adapté soit-il au vécu personnel de tel ou tel patient ne peut garantir assurément une amélioration de sa compliance. Des stratégies didactiques appropriées pourraient cependant permettre à un plus grand nombre de patients de progresser dans leur démarche d'apprentissage et de dépasser certains blocages dûs, dans certains cas, à des erreurs pédagogiques.

## La vidéo au service de la formation pédagogique des soignants

Le psychologue appelé à aider les soignants à améliorer leurs prestations pédagogiques doit d'abord savoir identifier les méthodes employées et juger si elles sont ou non pertinentes.

A partir de là, il doit pouvoir entraîner les soignants à effectuer des analyses objectives de leurs pratiques pédagogiques et leur permettre d'opérer des changements.

Dans cette perspective, un équipement vidéo s'avère être un outil précieux car il permet l'analyse différée et renouvelable à l'envi des documents enregistrés. C'est grâce à ce dispositif que nous avons pu constater puis vérifier cette tendance des soignants à utiliser le modèle scolaire pour l'enseignement des patients. Mais l'enregistrement vidéo sert surtout de base à la formation pédagogique des soignants. Chaque membre de l'équipe, qu'il soit médecin, infirmière ou diététicienne, se voit attribuer un cours dont le contenu est défini. Libre à lui cependant, d'utiliser la méthode selon laquelle ce contenu sera traité. Les nouveaux soignants sont informés que la psychologue est à leur disposition pour discuter les enseignements aux malades et que pour ce faire, chaque cours sera enregistré, en précisant qu'il s'agit essentiellement de leur offrir un soutien et non une évaluation .

Il est presque inévitable que les personnes qui se voient pour la première fois en vidéo ressentent mal ce face à face avec elles-mêmes. Ainsi nous ne laissons aucun candidat revoir seul son cours enregistré. Nous décidons d'un moment pour le visionner avec lui et il faut pour certains, jouer un rôle réellement modérateur et mettre en évidence les qualités qu'il importe d'objectiver. A la fin de la première séance, nous proposons au candidat d'envisager au moins un changement pour le cours suivant: changement d'attitude corporelle, changement de vocabulaire, introduction d'une autre forme d'information, renoncement à dire autant etc..

La désignation des changements est négociée et priorité est donnée à l'aspect qui paraît le plus réalisable actuellement. La référence épistémologique n'est pas absente (constructivisme piagétien) mais elle n'intervient pas comme un préalable. Implicite chez le psychologue formateur, la théorie apparaît pour soutenir ou invalider les propositions de nouvelles procédures d'enseignement.

Ces entretiens se renouvellent après chaque cours à raison de 4 ou 5 fois, au-delà, l'appui pédagogique n'intervient plus qu'à la demande. Dans les meilleurs des cas, on peut constater des améliorations à plusieurs niveaux :

- le contenu du cours est épuré au sens où émergent plus clairement les points essentiels,

- le soignant renonce à exposer lui-même ce que ceux qui apprennent peuvent découvrir au moyen de "situations problèmes",

- dans sa relation au groupe de patients, il devient plus conscient de certaines attitudes stéréotypées qu'il adoptait jusqu'alors à son insu (paternalisme, jugements de valeur, banalisation...).

Ce type d'assistance pédagogique est basé sur la prise de conscience dans un climat de collaboration. Le formateur accompagne avec vigilance mais il mise sur la démarche du candidat lui-même, dans le souci constant de ce qu'il peut développer. L'image télévisée, en tant que tiers objectif devient productrice de réactions favorisant le changement.

L'évolution du processus de formation implique le respect du rythme et des aptitudes propres à chaque candidat et l'introduction progressive d'un plan d'action (désignation des changements à apporter dans la manière de donner le cours) ce qui demeure différent de l'exécution d'un programme.

La personne en formation fait preuve d'une créativité parfois surprenante qui devient source de dynamisme et d'enrichissement pour développer des innovations dans son activité d'enseignement.

## Difficultés rencontrées

Ce type de formation pédagogique, tel que nous le pratiquons depuis plusieurs années, vise en fait à modifier plus largement qu'au niveau didactique, les attitudes des soignants et leur fonctionnement relationnel.

La connaissance et la mise en œuvre de stratégies d'enseignement plus adéquates demeurent des exercices de style si elles n'étaient pas habitées par une réelle considération pour les patients. Même pour les médecins qui restent peu de temps dans l'unité, nous espérons amorcer un processus d'interrogation qui pourrait se poursuivre au-delà des limites temporelles de leur passages dans l'unité. Mais il serait inexact et abusif de prétendre que nous ne rencontrons que des succès. Certains médecins supportent mal d'être enregistrés et se plaignent d'être victimes de "l'oeil de Moscou" ! Forts de leur identité professionnelle chèrement acquise, ils ressentent comme une menace toute tentative d'élargissement de la perspective strictement bio-médicale. Ils n'apprécient pas

forcément non plus de devoir "partager" leurs patients avec l'infirmière ou la diététicienne qui jouent des rôles importants auprès des malades.

Il faut dire que le personnel infirmier est plus stable dans le service et de ce fait a acquis par l'expérience une connaissance dans le domaine du diabète que de jeunes médecins ne possèdent encore que de façon livresque. Pour le personnel plus ancien, il faut veiller cependant au risque de routine, à la reproduction de modèles sans remise en question.

Former des patients pour qu'ils assument leur état au quotidien et dans la durée nous apprend l'insuffisance de nos conceptions de l'enseignement. Les approches traditionnelles en pédagogie y sont remises en question, nos modèles scolaires volent en éclat.

Cependant il n'existe pas et y aura-t-il jamais de modèle achevé auquel se référer ? Ce dont on peut être sûr, c'est qu'une tâche de cette importance ne peut être laissée à l'improvisation des équipes médicales.

A Lacroix  
Unité de Traitement et d'Enseignement  
pour Diabétiques  
Hôpital Cantonal Universitaire - Genève

## Lectures recommandées

• R Gfeller, J-Ph Assal : "Une expérience pilote en diabétologie clinique et en psychologie médicale : l'Unité de Traitement et d'Enseignement pour diabétiques." Médecine et Hygiène, 37,2966-70, Genève 1979.

• A Lacroix et al.: "Un entretien de groupe avec des patients centré sur la dimension subjective de leur maladie, le diabète sucré." Psychologie Médicale, 1987,19,14: 2555-2560.

• J-Ph Assal, J-M. Ekoc, A. Lacroix : "L'enseignement au malade sur sa maladie et son traitement. Un succès thérapeutique, un échec du corps médical." Journées de Diabétologie de l'Hôtel Dieu 1984: 193-207. Flammarion Médecine-Science, Paris.

• L Not: "Les pédagogies de la connaissance." Privât, 1979.

• J Piaget : "Psychologie et pédagogie." Denoël/Gonthier 1969.

• Ph Meirieu: "Apprendre oui, mais comment?", Ed. ESF 1987.

• D Noyé et J. Piveteau: "Guide pratique du formateur", INSEP cd. 1987.

• M Knowles: "L'Apprenant adulte, vers un nouvel art de la formation." Ed. Organisation, 1990

## Quelques recommandations pratiques...

### L'équipement vidéo :

Si vous ne disposez pas d'un studio d'enregistrement vidéo adjacent à la salle de cours (comme c'est le cas à Genève), il y a toujours la possibilité d'utiliser une caméra portative .

Avant de filmer, il convient de toujours demander l'accord des patients. Il est fort rare qu'ils s'y opposent si on leur garantit que l'enregistrement ne sortira pas du service. L'enseignant, en se présentant doit souligner que l'enregistrement le concerne lui particulièrement dans un but de formation, d'amélioration de ses performances pédagogiques .

On croit souvent que le fait de filmer le cours va créer une situation anormale, que les participants vont être gênés, moins naturels. En réalité, s'il s'agit d'une pratique pas trop occasionnelle, la présence de la caméra est rapidement oubliée.

### L'enregistrement des images :

Pour que les enregistrements soient d'une qualité technique utilisable comme support de formation, il faut disposer d'un éclairage suffisant et veiller à filmer ce qui se passe au moment précis où ça se passe.

### Par exemple :

• *Qui parle à qui ?*

Filmer les interlocuteurs.

• *Que fait Vansaignant ?*

Le filmer de manière à identifier sa ou ses stratégies pédagogiques (cours vertical, questions-réponses, mise en œuvre d'activités à effectuer par les patients... etc)

• *Et toujours réciproquement, que font les patients ?*

Filmer alternativement l'enseignant et les patients, pour comprendre ce qui se passe ( types de réactions, attitudes... etc).

• *Quel matériel est utilisé ?*

Le filmer d'assez près pour qu'il soit identifiable (diététique, tests,... etc).

• *Quelle utilisation du tableau ?*

Filmer régulièrement comment l'enseignant se sert du tableau noir ou en papier.

### L'enregistrement du son :

La prise de son est souvent défectueuse, il faudrait toujours faire des essais avant l'enregistrement en situation réelle.

## A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

# Lieu de contrôle, profil de type A, et observance d'un traitement anti-hypertenseur, ou l'importance des facteurs psycho-comportementaux...

S'il est un domaine de la santé où la difficulté pour un patient d'observer scrupuleusement les prescriptions médicales est reconnue par tous les cliniciens, c'est bien celui de l'hypertension artérielle essentielle : l'on estime en effet à 30 à 50 % le pourcentage de patients qui négligent plus ou moins leur traitement au bout d'un an de prescription (1).

Le fait que l'hypertension soit le plus souvent une affection silencieuse ou peu gênante sur le plan fonctionnel, la difficulté pour les patients de comprendre la nécessité d'un traitement à vie justifié par un raisonnement statistique (diminution du risque de complications vasculaires ou cardiaques) pour des bénéfices à court terme peu tangibles, rendent compte en partie de la mauvaise observance thérapeutique constatée dans cette maladie.

## Critères prédictifs de l'observance

De nombreuses études se sont efforcées de rechercher des critères prédictifs d'une mauvaise observance d'un traitement anti-hypertenseur.

C'est ainsi, que certaines caractéristiques liées au malade ou au traitement lui-même apparaissent généralement de mauvais pronostic : l'âge jeune du patient, son statut marital de célibataire, divorcé ou veuf, un traitement insuffisamment efficace ou source d'effets secondaires gênants, etc. En revanche, peu d'études se sont consacrées aux facteurs psychologiques de non observance, et pourtant ces dernières sont instructives pour mieux comprendre un tel phénomène avant de le combattre et mieux tenir compte du vécu du patient dans les objectifs de l'éducation sanitaire.

Deux publications intéressantes ont voulu tester la valeur prédictive de deux dimensions psycho-comportementales bien connues des psycho-sociologues et

psychiatres : le "lieu de contrôle, interne ou externe", et l'appartenance à un profil "de type A ou B".

## Lieu de contrôle

La notion de "lieu de contrôle" ("Health locus of control" des Anglo-Saxons) se réfère à la tendance, relativement stable chez chaque individu, à attribuer les événements heureux ou malheureux de son existence (ces derniers concernant le domaine professionnel, affectif, relationnel, sportif, financier, etc) à des causes internes, c'est-à-dire à ses propres choix ou à ses propres efforts pour réussir, ou à des causes externes, c'est-à-dire à la chance, au hasard, ou à l'influence d'autres individus plus puissants (2). Il est démontré qu'un "lieu de contrôle interne" est associée à une fréquence moindre du tabagisme ou à un usage plus fréquent de contraceptifs, mais aussi à de plus grandes chances de succès d'un sevrage tabagique ou d'un régime hypocalorique.

L'on a de bonnes raisons de penser que dans le domaine de la santé un lieu de contrôle interne est également lié à une meilleure éducation et à une meilleure implication du patient dans son traitement. Plus exactement, une bonne gestion sanitaire nécessite une interaction entre "un lieu de contrôle interne" suffisamment solide et un crédit suffisant accordé au pouvoir des autres (y compris bien sûr le corps médical), mais en revanche, une faible attribution des événements de la vie à l'effet de la chance ou du hasard.

C'est une telle hypothèse qui a été validée par le travail de Kerr et al. (3), portant sur 115 hypertendus (60 hommes et 55 femmes) âgés de 29 à 64 ans (moyenne = 50,3). La qualité de l'observance était évaluée tout simplement par l'interrogatoire des patients. Ces derniers devaient par ailleurs remplir un questionnaire destiné à évaluer le lieu de contrôle et ses différentes composantes : l'échelle de Wallston (4).

L'intérêt de cette échelle est de permettre de calculer trois scores différents par patient : un score de lieu de contrôle interne (propension du patient à attribuer les événements de sa vie à des causes internes) ; un score d'attribution à la chance ou au hasard ; enfin un score d'attribution au pouvoir des autres, ces deux derniers scores témoignant d'un lieu de contrôle externe.

Conformément à la prédiction, l'observance des hypertendus de l'étude est meilleure en cas de lieu de contrôle interne solide, mais aussi lorsque l'attribution au pouvoir des autres est suffisamment nette ; elle est également meilleure lorsque l'attribution à la chance est limitée.

Il apparaît enfin qu'un lieu de contrôle interne solide prédit un meilleur contrôle des chiffres de pression artérielle diastolique (50 % de patients contrôlés, dans la classe à lieu de contrôle interne solide, versus 26 % dans la classe à lieu de contrôle interne faible).

## Type comportemental

La deuxième dimension psychologique qui a donné lieu à des travaux intéressants l'observance est le repérage d'un pattern comportemental de type A ou B.

Le type A, décrit initialement par Rosenman et Friedman, est caractérisé par un ensemble d'habitudes de vie et de modalités de gestion des stress de la vie quotidienne, dominé par un sentiment d'urgence du temps, une quête permanente du succès et un besoin de compétition et de dépassement personnel, enfin, une implication consciencieuse dans son travail (5, 6).

De nombreuses études épidémiologiques ont montré que l'existence d'un tel ensemble de caractéristiques comportementales chez des individus en bonne santé, représentait, par rapport au type opposé dit type B, un risque de surmortalité coronarienne de 2 pour 1 (7, 8). L'on sait également que les individus de type A sont plus réactifs au stress que les individus de type B, avec notamment des modifications hémodynamiques plus amples et des sécrétions de catécholamines ou de cortisol en situation de stress plus intenses.

Dans l'étude de Oddson et al., l'on montre qu'il existe une liaison statistiquement significative entre présence de traits de type A et non-observance (9) ; en d'autres termes, il paraît plus difficile d'être discipliné et d'épouser le rôle du "bon malade" lorsque l'on a tendance à se battre pour prouver aux autres et à soi-même ses compétences et que l'on supporte mal l'échec.





*// n'a fait aucun progrès récemment dans ses théories, alors il est en train de travailler sa ressemblance avec Einstein.*

## ^Motivation... du médecin... au patient

Ces deux publications illustrent d'une manière originale deux notions intuitivement évidentes pour les professionnels de la santé et les pédagogues :

- d'abord le fait que pour s'impliquer dans l'apprentissage plus ou moins laborieux de connaissances nouvelles et pour adhérer à un projet thérapeutique il faut être motivé, ou en d'autres termes, avoir la conviction que cela sert à quelque chose et que l'on peut, par ses propres comportements, réussir à changer le cours des événements de sa vie (en l'occurrence, le devenir de sa santé) ;

- d'autre part, et cela peut paraître contradictoire par rapport à la réflexion précédente, le fait que les patients dynamiques et hyperactifs (patients du "type A") ont tendance à se montrer moins disciplinés que les autres.

Peut-être cela témoigne-t-il d'un besoin de garder à tout prix le contrôle qui, en matière de santé, peut nuire à

une bonne collaboration soignant/soigné. En tout cas, cela prouverait que chez des patients de ce type, l'on a d'autant plus de chances d'obtenir une observance satisfaisante du traitement que l'on respecte la combativité naturelle du patient et que l'on valorise les "succès" remportés dans la lutte contre le génie évolutif de la maladie...

Silla M. Consoli  
Unité Médico-Psychologique  
Hôpital Broussais - Paris

## Bibliographie

(1) Plouin P.F., Degoulet P., Devries C, Menard J. - L'observance du traitement antihypertenseur : l'expérience d'une équipe hospitalière. In : Hypertension, sous la direction de Ph. Tcherdakoff, 1980, Sandoz, Paris.

(2) Rotter J.B. - Internal-external control of reinforcement. Psychol. Monogr. 1986;80:n 609.

(3) Kerr J.A.C. - Multidimensional health locus of control, adhérence, and

lowered diastolic blood pressure. Heart & Lung 1986;15:n 1:87-93.

(4) Wallston K.A., Wallston B.S., DE Vellis R. - Development of the multidimensional health locus of control (MHLC Scale). Health Educ. Monographs 1978;6:160.

(5) Friedman M., Roseman R.H. - Association of a spécifique overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. J.A.M.A. 1959;169: 1286-95.

(6) Jenkins CD., Zyzanski S.J., Roseman R.H. - The Jenkins Activity Survey for health prediction. The psychological corporation, New York 1979.

(7) Booth-Kewley S., Friedman H.S. - Psychological predictors of heart disease : a quantitative review. Psychol. Bull. 1987;101:343-62.

(8) Matthews K.A., Haynes S.G. - Type A behavior pattern and coronary disease risk. Update and critical evaluation. Am. J. Epidemiol 1986;123:923-60.

(9) Oddson O.H., Bass M.J., Donner A., McWhinney I.R.: Behavior pattern A and compliance with antihypertensive treatment. Acta Med. Scand. 1985;(suppl. 693):97-101.

## Crise psychologique chez un enfant diabétique par implication excessive dans la prise en charge de son traitement

M... révèle son diabète à 5 ans et demi. L'insulinothérapie conventionnelle par deux injections d'ordinaire et semi-lente est mise en place; commence ensuite l'éducation de M... et ses parents. Celle-ci va être simple et rapide.

M... accepte très bien les contraintes du traitement et en quelques jours il fait lui-même les glycémies et les injections.

M... est décrit par ses parents comme un enfant n'ayant jamais posé de problème particulier. Le père a su se rendre disponible et a participé attentivement à l'apprentissage du traitement. La mère a été choquée à l'annonce du diabète et est devenue alors anxieuse et angoissée.

Quatre mois après l'hospitalisation, les parents nous contactent, inquiets d'un changement brutal et imprévisible du comportement de M...

Profitant de leur absence M... casse les vitres de la maison des voisins, le pare brise de la voiture et perce la piscine. Quelques jours plus tard M...tente de crever les pneus de la voiture familiale. Enfin peu après la mère le surprend essayant de mettre le feu au véhicule.

Compte tenu de ces troubles graves du comportement de l'enfant, nous l'avons hospitalisé afin d'effectuer une observation.

M... a un bon contact avec l'adulte et les autres enfants. Il fait preuve d'une grande maturité intellectuelle. Il est calme et opte pour des activités ludiques de type jeu de construction, vidéo... ; il accepte les consignes et le rythme du service (horaires, repas, visites...). On ne note aucune agressivité, ni opposition.

Rétrospectivement, nous pouvons analyser l'évolution de cet enfant ainsi que celle de son entourage familial et soignant.

Sur le moment l'objectif du traitement du diabète semblait presque atteint pour la famille puisque M... s'adaptait à sa maladie, au moins en acceptait-il les contraintes.

Parallèlement à cela, sans qu'en aucun cas ce soit le but de l'équipe soignante, cette dernière, expérimentée et attentive s'est trouvée valorisée par l'éducation "réussie" de M..., qui malgré son très jeune âge effectuait lui-même ses injections.

Cependant, la découverte du diabète a provoqué chez la mère de M... une grande angoisse et un refus de la maladie : réaction opposée à l'acceptation apparente de son fils. Il s'est produit alors un déséquilibre dans la relation mère-enfant.

De plus, la mère de M... s'est sentie dépossédée de son rôle maternant et de sa relation soignant-soigné : d'une part M... assurait seul son traitement, d'autre part il était devenu essentiellement l'interlocuteur de l'équipe.

Une psychothérapie et un réaménagement des rôles de l'enfant, des parents et des soignants ont permis à M... de retrouver un équilibre psychologique et un meilleur contrôle de ses pulsions.

En conclusion, cet exemple nous permet de réfléchir sur la signification que peut prendre l'autonomisation et la responsabilisation trop précoces d'un enfant diabétique dans la prise en charge de son traitement.

- Doit-on décider d'un âge pour une telle démarche ?

- Doit-on céder au désir de l'enfant, voire de ses parents, de tout assumer seul ?

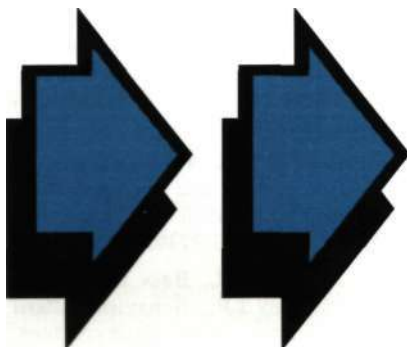
On peut penser que l'enfant doit participer à son traitement. Mais peut-il être le garant de sa santé ?

S. Ricard-Malivoir, J-C. Rolland  
M-A. Bergeat, I. Mercat  
Service de Pédiatrie  
Hôpital Gatien de Clocheville - Tours

*Le DESG  
de langue française  
remercie*

**VINSTITUT  
SERVIER DU  
DIABÈTE**

*de sa collaboration  
et de son soutien*



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

*Faites-le connaître par «Diabète Education » en nous écrivant :*

*Diabète Education Dr Charpentier*

*59, bd H.-Dunant 91100 Corbeil Essonnes*

*Tél. : 64 96 91 33, poste 44.33*

**ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE**

# Éducation des diabétiques : faut-il tout revoir ?

Réf.: S.M. Dunn  
Rethinking the models and modes of  
diabète éducation  
Patient Education and Counseling  
1990;16:281-86

*L'article de S.M. Dunn est une réflexion sur l'évolution des idées sur l'éducation des diabétiques durant les années 80.*

La conception d'une éducation basée sur un transfert de connaissances et quelques modifications de comportements a-t-elle montré ses limites? Nous avons assisté ces dernières années à une prolifération de programmes de plus en plus informatisés, de journaux, d'organisations associatives, d'éducateurs spécialisés... Force est de constater que l'efficacité globale de ces programmes est jugée comme très moyenne par les méta-analyses.

Il n'est pas non plus évident que les sophistications actuelles du traitement, aussi novatrices soient elles sur le plan technique, améliorent réellement la qualité de vie des patients. Il est clair que, au delà d'un minimum de connaissances nécessaires, les motivations, les comportements des patients eux-mêmes influencent la réussite des traitements. Aucun modèle n'a pu, jusqu'à présent, expliquer ce qui se passe.

La recherche dans ce domaine devient une priorité : comment modifier les attitudes des patients ?

Beaucoup d'auteurs, et Dunn est de ceux-là, pensent que les soins et l'éduca-

tion en diabétologie entrent dans une nouvelle ère. Les structures, la pensée médicale, sont traditionnellement bâties sur un modèle favorisant le diagnostic différentiel et les soins curatifs. Ce modèle est inapproprié dans le cas du diabète, l'objectif prioritaire étant d'obtenir un changement de comportement et de style de vie des patients.

Les vrais changements devraient donc venir de restructurations majeures dans l'organisation, la délivrance des soins, et d'une approche différente des personnels soignants.

## Voici ses propositions d'orientation :

- **Améliorer la formation médicale continue en pédagogie, psychologie, analyse et organisation de systèmes de soins.**

- **Développer la recherche appliquée dans ces domaines.**

- **Explorer les alternatives à l'éducation hospitalière : structures ouvertes, privées, plus proches de l'environnement direct des patients.**

- **Exiger une évaluation rigoureuse de toute innovation.**

- **Promouvoir la recherche sur la qualité de la vie.**

P-Y. Traynard  
Hôtel-Dieu - Paris

## NOTA BENE

Deux méta-analyses sur les effets de l'éducation ont été publiées :

- D Padgett, E Mumford, M Hynes, R Carter - Meta analysis of the effects of Educational and psychosocial interventions on management of diabète mellitus. J Clin. Epidemiol 1988;41 (10): 1007-30.

- SA Brown

Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults = a meta analysis revisited. Patient Education and Counseling 1990;16:189-215.

Le principe des méta-analyses est de convertir, suivant une procédure statistique, les résultats d'études portant sur un même sujet en une échelle de mesure dite: "Effect size (E.S)".

Elle juge les effets d'une intervention :

0,2 = petit effet  
0,5 = effet modéré  
0,8 = effet important.

Padgett a répertorié 94 études : l'E.S global est de 0,51. L'efficacité maximale est notée sur les connaissances (de 0,01 pour le simple conseil à 0,81 pour les programmes d'éducation intensive et 1,07 pour les interventions diététiques).

Les interventions diététiques et les programmes de modifications de comportements ont les meilleurs effets sur les paramètres biologiques et physiques (respectivement 0,62 et 0,60).

Brown a étudié 82 travaux : L'effet sur les connaissances varie de 0,49 à 1,05, sur les comportements de 0,17 à 0,57 ; les résultats les moins efficaces étant l'ajustement des doses d'insuline et la perte de poids.

Enfin l'E.S sur le contrôle métabolique est de 0,41.

Il est à noter que les deux équipes de méta-analyses émettent bien des réserves sur la qualité méthodologique de la plupart des études : absence de groupe contrôle, pas de tirage au sort, échelles d'évaluation non validées etc..

## BULLETIN D'ABONNEMENT 1 an (4 numéros) : 60 E

Nom

Prénom

Adresse

à retourner à : DIABETE EDUCATION - Dr Charpentier  
59, bd H.-Dunant, 91100 Corbeil-Essonnes

1

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES RÉCENTES

Recevez  
régulièrement

# DIABÈTE ÉDUCATION

Le Journal du  
DESG de langue  
française

Formule  
d'abonnement  
pour 1 an : 60 F,

d'abonnement  
page 57

### • DIABETES & METABOLISME

- I Miihlauser, L Heinemann, K Karin-ganamatom, W Schwirth, M Berger. Accuracy of blood glucose self-monitoring in elderly insulin treated diabetic patients 1991;17(5):476-482.

### • DIABETES RESEARCH AND CLINICAL PRACTICE

- J Hedbrant, J Ludvigsson, K Nordenskjöld. Sårimer : a computer model of diabète physiology for éducation of physicians and patients 1991;14(2):113-122.

### • DIABETES SPECTRUM - From Research to Practice

Dossier :

- The family and childhood diabètes : Helping families succeed in managing diabètes 1991;4(5):262-290.

- Standards of care for patients with diabètes mellitus 1991;4(5):297-301.

- An elevated status for diabètes éducation 1991;4(6):370.

### • DIABETIC MEDICINE

- F Elgrably, D Costagliola, AJ Chwalow, P Varenne, G Slama, G Tchobrousky. Initiation of insulin treatment after 70 years of age : patients status 2 years later 1991;8(8):773-777.

- A Pegg, F Fitzgerald, D Wise, BM Singh, PH Wise. A community-based study of diabetes-related skills and knowledge in elderly patients with insulin-requiring diabètes 1991;8(8):778-781.

- The European Patient's Charter (IDF Europe/WHO Europe) 1991;8(8):782.

- JW Stead, SB Dudbridge, MS Hall, DJ Pereira Gray. The Exeter Diabetic Project : an acceptable district-wide éducation programme for général practitioners 1991;8(9):866-869.

### • PATIENT EDUCATION AND COUNSELING

- R Basso. A structured-fantasy group expérience in a children's diabetic éducation program 1991;18(3):243-251.

- MJ Bernier, J Yasko. Designing and evaluating printed éducation materials : model and instrument development 1991;18(3):253-263

- RE Glasgow, DJ Tobert, SE Hampson, JE Brown, PM Lewinsohn, J Donnelly. Improving self-care among older patients with type II diabetes: the "sixty something..." 1992;19(1):61-64.

### • PRACTICAL DIABETES

- G Gill, S Redmond. Self-adjustment of insulin: an educational failure ? 1991;8(4):142-145.

- S Tomlinson. Should diabètes centres have a research/éducation function? 1991;8(4):183-189.

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

*Faites-le connaître par «Diabète Éducation » en nous écrivant :*

*Diabète Éducation Dr Charpentier*

*59, bd H.-Dunant 91100 Corbeil Essonnes*

*Tél. : (1) 60 90 30 86*

### DIABETE EDUCATION

#### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

J.L. GRENIER (ROUBAIX)

#### DIRECTEUR DE RÉDACTION

G. CHARPENTIER

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

#### COMITE DE REDACTION

Nadine BACLET (Paris)

Philippe CHANSON (Paris)

Sylvaine CLAVEL (Lyon)

Judith CHWALOW (Paris)

Fabienne ELGRABLY (Paris)

Jean-Louis GRENIER (Roubaix)

Serge HALIMI (Grenoble)

Bernard LESOBRE (Neuilly-sur-Seine)

Nadia TUBIANA-RUFI (Paris)

Paul VALENSI (Paris)

Patrick VEXIAU (Paris)

MAQUETTE Studio Grafiligne - 64 98 88 07

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

# DIAMICRON

Gliclazide

**Une double action : métabolique et vasculaire.**

2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

**Composition :** gliclazide 0,080 g par comprimé sécable. **Propriétés pharmacologiques :** Sulfamide hypoglycémiant présentant des propriétés microvasculaires originales. **Indications :** Diabètes non acidocétosiques, non insulino-dépendants de l'adulte et du vieillard, lorsque le régime prescrit n'est pas suffisant pour établir à lui seul l'équilibre glycémique. **Posologie :** Dans la majorité des cas, 2 comprimés par jour. Coût du traitement journalier : 4,32 F. **Contre-indications :** Diabète infantile, diabète juvénile, cétose grave, acidose, précoma et coma diabétiques, grossesse, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique grave, antécédents allergiques connus aux sulfamides, association au miconazole comprimés. **Effets indésirables :** Réactions cutanéomuqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamido-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. **Précautions d'emploi :** Régimes hypocalorique et/ou hypoglycémique et surveillance biologique habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilités d'interaction avec le miconazole (hypoglycémie grave), A.I.N.S. (notamment salicylés), sulfamides antibactériens, coumariniques, IMAO, bêta bloquants, diazépam, tétracycline, maléate de perhexiline, chloramphénicol, clofibrate, alcool (hypoglycémies); barbituriques (réduction d'activité); corticoïdes, salidiurétiques, estroprogestatifs (hyperglycémie). **Présentation :** Boîte de 20 : 44,70 F - A.M.M. 312936-1. Boîte de 60 : 109,90 F - A.M.M. 312937-8. Liste I - Conservation : 5 ans. S.S. 70%. Coll. et A.P. Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les-Aubrais. (Informations complémentaires : cf. Vidal).