

LES BASES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES DIABETIQUES

Dr Claude ATTALI

L'éducation est la base du traitement des diabétiques

Le traitement des diabétiques ne peut réussir sans la coopération active des patients.

L'éducation s'est montrée efficace pour améliorer la qualité du suivi des diabétiques non insulino dépendants. Elle permet de réduire les amputations et améliore le rapport coût/efficacité des traitements. L'équipe du CETRADIM à Roubaix a montré qu'après 10 ans de fonctionnement d'un service de soins ambulatoires centré sur l'éducation des patients, le nombre d'hospitalisation pour complications aiguës du diabète était relativement faible et que le nombre de journées d'hospitalisation classique était réduit de 29%.

1. L'éducation des diabétiques a un double objectif :

L'acquisition de connaissances et d'un savoir faire indispensables à la mise en œuvre d'un traitement efficace.

L'éveil et l'entretien de la motivation nécessaire pour maintenir les efforts thérapeutiques quotidiens et pour développer un comportement adapté en matière de diététique, d'auto-surveillance, de consultations et de bilans.

2. Pour être efficace, la mise en œuvre de l'éducation doit respecter quelques conditions fondamentales :

A. Le rythme d'acceptation de la maladie chronique que représente le diabète doit être respecté.

Par analogie aux différentes étapes du processus de deuil (Kübler-Ross), Gfeller et Assal ont décrit plusieurs phases d'acceptations du diabète. Il importe que les soignants identifient correctement ces phases afin d'adapter la Communication pédagogique.

Le choc initial : la survenue de la maladie provoque un choc allant de la surprise à l'angoisse. A ce stade, il est inutile de harceler le patient avec des informations qu'il n'est pas en mesure d'enregistrer. Il convient plutôt de lui manifester soutien et encouragement. Les informations nécessaires doivent être pertinentes c'est à dire adaptées à chaque patient.

La dénégaration : Il s'agit d'un mécanisme de défense contre l'angoisse secondaire à l'apparition de la maladie chronique. Le patient se comporte de manière paradoxalement détachée. L'attitude habituelle des soignants est d'user de persuasion voire de mise en garde. Le chantage aux risques est inadapté car le plus souvent il ne fait que renforcer la dénégaration. Au contraire, il convient de permettre au patient d'exprimer en quoi il se sent menacé afin qu'il accède à une réalité plus objective.

La révolte : par cette révolte le patient manifeste que la maladie est devenue pour lui une dure réalité. L'agressivité ainsi souvent exprimée traduit un sentiment d'injustice. Elle s'adresse à la maladie et non aux soignants bien que ceux ci se sentent le plus souvent visés. Il s'agit alors de trouver un compromis par la recherche de solutions acceptables pour le malade et pour le médecin.

Le marchandage : est une autre manière de réagir à la nouvelle réalité. Les exigences du patient témoignent de son désir de s'en tirer au meilleur compte possible (bénéfices secondaires). Le risque de manipulations et de quiproquo est important à ce stade.

La dépression : elle coïncide avec la prise de conscience que rien ne sera plus comme avant et qu'il va falloir assumer cette nouvelle réalité en renonçant aux bénéfices secondaires. Un soutien est le plus souvent nécessaire afin de favoriser le passage à l'étape suivante.

L'acceptation : le malade arrive à vivre avec sa maladie et retrouve un équilibre affectif qui lui permet de gérer à nouveau plus ou moins sereinement sa vie. C'est le moment idéal pour l'éducation thérapeutique.

Ces différentes phases du processus d'adaptation sont variable d'un patient à l'autre en fonction de chaque histoire personnelle. Ces différentes étapes ne se succèdent pas de façon immuable. L'issue favorable que représente la phase d'acceptation n'est pas acquise une fois pour toute, les heurts et les malheurs de la vie peuvent tout remettre en question. Parfois le malade s'enferme dans une sorte d'impasse et reste durablement dans une phase de révolte, de déni ou même de résignation.

B. Les soignants doivent être formés aux méthodes pédagogiques utilisées en éducation pour la santé.

L'éducation thérapeutique ne se confond pas avec l'information scientifique. Les connaissances sur la maladie et son traitement doivent être réorganisées en fonction des objectifs éducationnels et des malades. Ce travail nécessite une approche centrée sur les besoins exprimés ou non, sur les représentations, les possibilités et les expériences des diabétiques. L'activité et l'expression des malades doivent être favorisées, par exemple en proposant des manipulations du matériel et des exercices de résolution de problèmes. Cette approche est à l'opposé des méthodes traditionnelles d'enseignement qui reposent sur les cours magistraux, les explications physio pathologiques, les injonctions et /ou les conseils standardisés. L'objectif est non seulement de favoriser l'acquisition de connaissances mais surtout de permettre au diabétique de se fabriquer ses propres compétences thérapeutiques.

En pratique, le bilan éducatif explore différents aspects du malade (bilan centré sur le malade).

Qui est il ? Qui est elle ?

Où en est il (elle) avec sa maladie ?

Quels sont les objectifs médicaux idéaux ?

Quels sont les objectifs réalistes ?

Quelles sont les propositions acceptables ?

Comment trouver un terrain d'entente?

Quels intervenants sont utiles à ce stade la maladie ? à ce moment de la vie du patient ?

Conclusion : L'éducation thérapeutique doit être ajustée aux besoins et aux possibilités des diabétiques. Pour être durablement efficace, il est préférable qu'elle soit couplée aux ajustements thérapeutiques simultanés et répétée à intervalles réguliers. Elle ne peut donc qu'être étroitement associée à la mise en œuvre du traitement. C'est aux médecins traitants qu'incombe la responsabilité d'organiser de façon progressive cette éducation, en planifiant l'apprentissage au fil des consultations. Le diabétique doit pouvoir aussi bénéficier d'éducation en groupe et de "prestations didactiques" spécialisées (diététique, prévention des risques podologiques, dialyse).

NOTIONS ELEMENTAIRES D'EDUCATION POUR LE DNID CHEZ L'ADULTE

L'éducation fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique du DNID. Elle permet de motiver le patient, d'améliorer l'observance du traitement d'une maladie qui peut rester silencieuse jusqu'à la survenue d'une complication, et d'éviter, autant que faire se peut, les complications aiguës. L'éducation à dispenser à chaque patient est fonction de son âge, son milieu socio-culturel, de son degré d'acceptation de la maladie et de la présence ou non de complications.

Il est indispensable :

- D'écouter pour apprendre :

Ce que le patient sait du DNID : les causes de la maladie et les signes de l'hyperglycémie, les moyens de surveillance, les traitements, les complications, les possibilités de prévention. Quelles sont ses sources d'information (familiales, amicales, médicales) ?

Les représentations qu'il a de sa maladie (malédiction, punition, confirmation de l'appartenance familiale etc) et ses réactions face à cette nouvelle réalité.

Le mode de vie : habitudes alimentaires, utilisation de produits toxiques (alcool, tabac), pratique d'une activité physique ?

Ce que patient se sent capable de faire maintenant qu'il a une maladie chronique ? Ce qu'il se sent incapable de faire ?

Ce qu'il attend de la médecine et du médecin ?

- Puis, à partir de ces informations de fournir des explications personnalisées simples sur

1 le DNID (en gros c'est quoi le diabète ?) :

- Ses causes, les raisons de l'absence habituelle de signes cliniques et/ou et les grands signes de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie,
- Les différents traitements possibles et l'intérêt d'un bon équilibre glycémique,
- Ses complications et les moyens de prévention,

2 Les objectifs glycémiques personnalisés (négociés) et les moyen de les atteindre :

- Les grandes lignes du régime (cf. fiches diététiques):

Les différents hydrates de carbone , les équivalences et les index glycémiques. Les graisses alimentaires : valeur calorique et effets sur le bilan lipidique.

- Les conseils d'hygiène de vie qui tiennent compte des habitudes et des possibilités du patient :

- d'une activité physique adaptée à l'âge, aux goûts et aux capacités physiques du patient (marche, vélo) si possible 2 à 3 fois par semaine,

- Proposition et aide au sevrage tabagique, proposition de diminution d'absorption de boissons alcoolisées,

- Importance de l'hygiène corporelle et en particulier les soins des pieds,

- Les effets des médicaments ainsi que leurs risques iatrogènes (cf. fiches sur l'hypoglycémie et les complications iatrogènes) :

1 Toute prise de sulfamide hypoglycémiant impose une information sur l'hypoglycémie :

- Chaque prise doit être suivie d'un repas (Pas de prise si l'on ne peut pas manger).
- Le risque d'hypoglycémie est majoré par l'alcool.

- Technique de resucrage.

- Adaptation de la posologie en cas d'exercice physique.

2 La prise de biguanides nécessitent une bonne hydratation.

Porter sur soi une carte mentionnant le type de traitement et la posologie

Il peut être utile d'enseigner les techniques d'autosurveillance qui permettent d'autonomiser le patient et d'adapter au mieux le traitement

L'éducation est un travail au long cours. La consultation est un moment privilégié pour évaluer les connaissances du patient et renforcer sa motivation.