

# ***Travail sur les représentations***

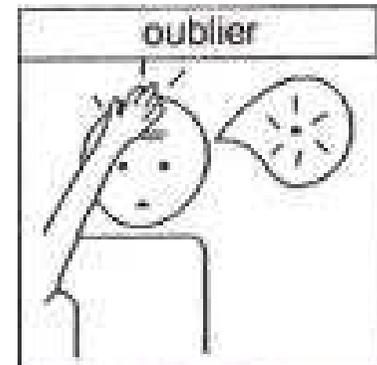


# ***Les faits***

- **73% des diabétiques français de type 2 sont inquiets de l'ajout d'une insulinothérapie, qu'ils considèrent comme un échec du traitement (1)**
- **Leurs sentiments mélangent espoir et crainte (2)**
- **2/3 des patients acceptent d'emblée le traitement lorsqu'il leur est proposé, mais la moitié avec appréhension et plus particulièrement une crainte irrationnelle de la dépendance (3)**
  - 1) *Korytkowsky M. Int J Obes Relat Metab Disord 2002; 26 suppl 3 :118-24*
  - 2) *Hunt LM et coll Diabetes Care 1997; 20 : 292-298*
  - 3) *Mordenti F et coll Minerva Endocrinol 2000; 25 : 61-67*

# ***Les croyances négatives = « freins »***

- ***Ultime recours / entrée dans la maladie grave***
- ***Irréversibilité / malédiction de la dépendance***
- ***Contraintes / esclavage quotidien***
- ***Douleur de l'injection***
- ***Echec personnel et du médecin pour contrôler la maladie***
- ***Risque de malaise et d'accident***
- ***Nocivité de l'insuline pour la santé***
- ***Prise de poids***



# ***Les croyances positives = « leviers »***

- **Efficacité**
- **Contrôle de la maladie et prévention des complications**
- **Sécurité**
- **Espoir de se sentir en meilleure forme**
- **Espoir de bénéficier d'une vie meilleure et plus longue**

# Du côté des médecins : Étude Dawn

Intensification du traitement dans 50% des cas

- 50% des médecins préfèrent retarder la mise sous insuline : raisons médicales
  - Peur de la réaction du patient
  - Hypoglycémie
  - Prise de poids
  - Absence de formation

# Du coté des médecins : *Étude Dawn*

- 50% des patients sont préoccupés à l'idée de commencer l'insuline
- UKPDS : 27% des patients ont refusé le protocole

*Pour accepter le passage à l'insuline le patient doit savoir*

- *Ce qu'il doit faire ?*
- *Comment le faire ?*
- *Pourquoi il le fait (bénéfices) ?*
- *Qu'il peut le faire*

***Comment gagner  
l'adhésion du patient  
pour  
une mise à l'insuline?***

# Nos outils

## EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT



# Quelques « astuces » : Ce pourquoi on change..

Pour qu'un patient adhère à sa maladie, il faut

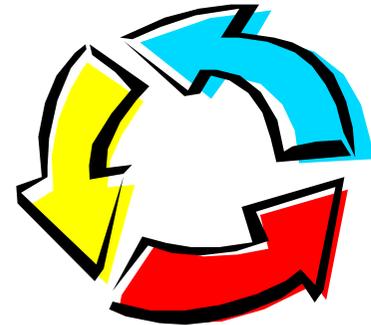
- Qu'il pense qu'il est concerné
- Que la maladie peut entraîner des csq. pour lui
- Qu'il ait confiance dans son traitement
- Que les bénéfices > inconvénients

# Quelques « astuces » : Les étapes de l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient, pour être efficace, doit suivre une démarche structurée

## 4 étapes :

- Diagnostic éducatif
- Négociation d'objectifs
- Intervention éducative
- Evaluation des résultats



# Quelques « astuces » : Le diagnostic éducatif *selon J.F D'IVERNOIS*

## 5 questions

1. Qu'est-ce qu'il a ?

(et qu'est ce qu'il pense qu'il a ?)  **biologique**

2. Qu'est-ce qu'il fait ?

(métier, modes de vie, loisirs....)  **socioprofessionnel**

3. Qu'est-ce qu'il sait ?

(connaissances, représentations, croyances concernant sa maladie, son traitement...)  **cognitif**

4. Quel est son projet de vie ?

(à court et à moyen terme)  **projet**



# Quelques « astuces » : Se fixer des objectifs

“ Un objectif éducatif doit avoir les qualités suivantes ” :

- **Pertinent**
- **Précis**
- **Réalisable**
- **Observable**
- **Mesurable**
- **Un verbe d'action**
- **Contenir une échéance dans le temps**

# Quelques « astuces » : ne pas oublier d' **EVALUER** (SOURCE CERFEP)

## Evalaution de la personne :

Ce qu'il a (*biologique*)

Ce qu'il sait, ce qu'il croit, comment il fonctionne (*cognitif*)

Ce qu'il fait, comment il vit (*socioprofessionnel*)

Qui il est, ce qu'il ressent (*psycho affectif*)

Quelles sont ses valeurs (*philosophique*)

Ce qu'il souhaite, ses attentes (*projet*)

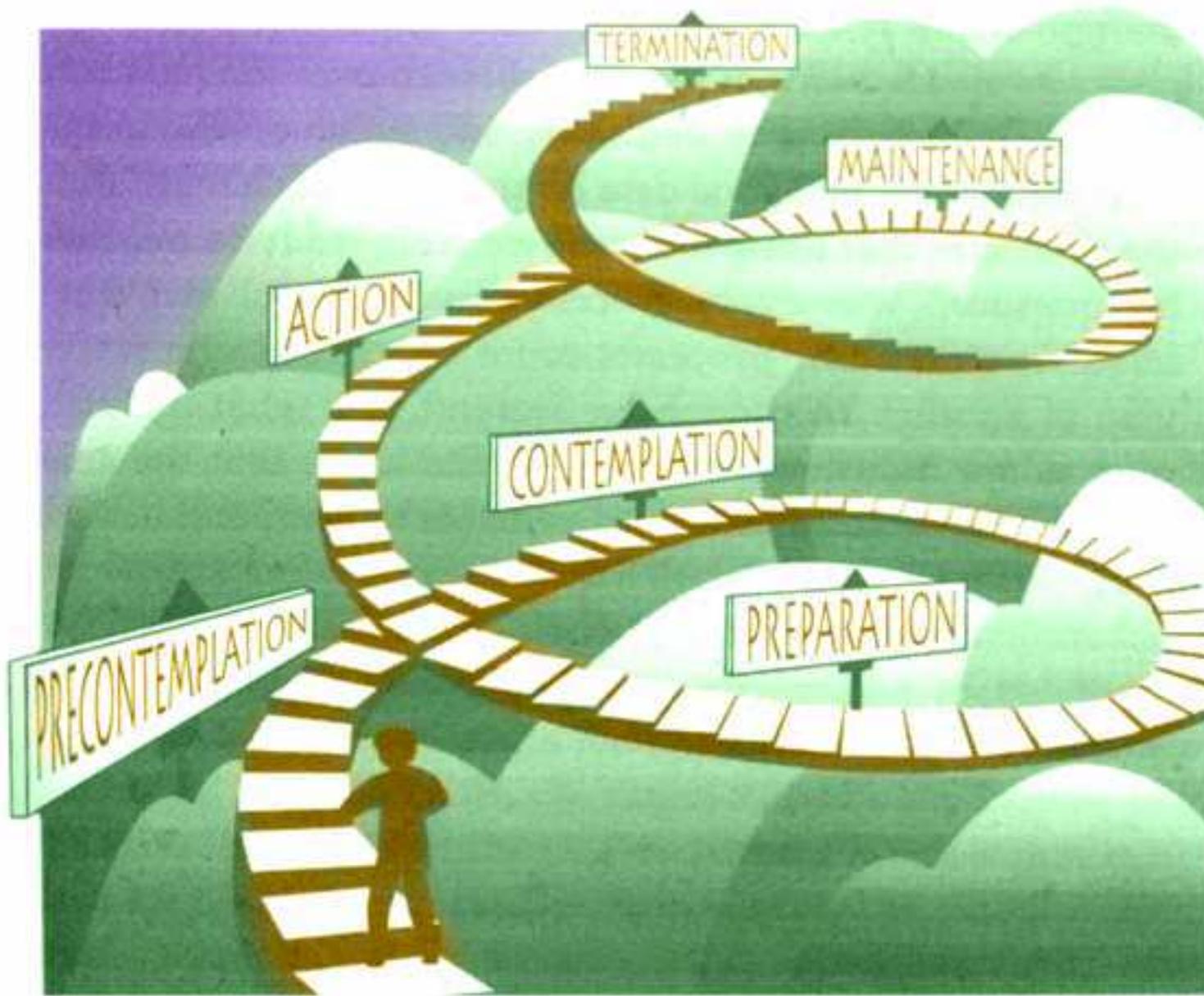
# Quelques « astuces » : Les 5 lois de l'apprentissage

- J'apprends en déstructurant et restructurant mes connaissances
- J'apprends en agissant
- J'apprends en résolvant des problèmes au sein d'un groupe
- J'apprends si j'y trouve un intérêt
- J'apprends mieux dans un climat de confiance



# Quelques « astuces » : Outils de motivation du patient

- Développés dans les années 1980 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick.
- Parallèlement deux autres psychologues, James Prochaska et Carlo DiClemente, ont développé un modèle décrivant le parcours motivationnel des patients.



# Message

« C'est simple contrairement à ce que pensent les patients ou à ce que nous pensons »