INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

MGEN La Verrière

13 avenue de Montfort

78320 Le MESNIL SAINT-DENIS

UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Semestre 6 - Session 1

La prise en charge thérapeutique du patient inobservant atteint de diabète de type 2

Andrise BOISREAU

Promotion RICOEUR 2019-2022

Directeur de mémoire : Mr Clair

Mémoire remis le 16 mai 2022

« Il s’agit d’un travail personnel et il ne peut faire l’objet d’une publication en tout ou partie sans l’accord de son auteur ».

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Mr Clair pour son accompagnement et son soutien durant la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je remercie l'équipe de l'IFSI MGEN de la Verrière pour les nombreux encouragements et conseils.

Je remercie également les professionnels qui ont accepté de participer à ce projet en m'accordant leur disponibilité.

J'ai à cœur de remercier les personnes qui m'ont encouragée tout au long de la formation.
Je souhaiterais remercier plus particulièrement Mmes Sophie et Chantal BUCHAILLET ainsi que mon cousin Gérald DORNEVAL pour avoir pris le temps de me donner leurs impressions en ce qui concerne ce travail.

Enfin, merci à la promotion Ricœur pour l'esprit de solidarité et d'entraide mutuelle.

Table des matières

La liste des abréviations et acronymes 1
I. L'introduction 2
II. La situation d'appel 3
III. Le cheminement de la pensée 4
a. Le questionnement 4
b. La synthèse des écrits 5
c. La confrontation avec un pair 5
d. La question de départ 6
IV. Le cadre de références 6
1. L'Infirmier Diplômé d'État 6
a. Les missions 6
b. Les compétences requises 7
c. Les qualités professionnelles requises 7
2. Personne âgée 7
a. Les vieillissements 7
b. Les démences 10
c. Les troubles du comportement 12
d. L'autonomie 13
e. L'estime de soi 14
3. Pathologie chronique 15
a. Définitions 15
b. Du déni à l'acceptation de la maladie 16
c. La dimension biomédicale 17
d. La dimension biopsychosociale 18
4. Diabète de type 2 19
a. Définitions 19
b. Physiopathologie 20
c. Épidémiologie 22
d. Conséquences sur la santé 23
e. Prévention 25
5. Inobservance thérapeutique 26
a. Définition 26
b. Épidémiologie 27
c. Le lien avec la rationalité 27
d. La volonté 28
6. Éducation thérapeutique 29
a. Définitions 29
b. Les principes de l'éducation thérapeutique 29
c. Les finalités de l'éducation thérapeutique 31
d. La mise en oeuvre d'une ETP 31
e. Traitements, mesures hygiéno-diététiques 32

f. Repérer les complications 33
7. Relation soignant/soigné 34
a. Définitions 34
b. Les niveaux de la relation soignant/soigné 36
c. Le soin relationnel 37
V. L'enquête exploratoire 40
a. Choix de l'enquête 40
b. Choix de la population 40
c. Lieux 40
d. Outil 41
VI. L'analyse des résultats de l'enquête exploratoire 41
VII. La problématique 54
VII.I La synthèse 54
VIII. II La question de recherche 55
VII.III Les hypothèses de recherche 56
IX. La conclusion 56
X. La bibliographie 58
XI. Les annexes 62

La liste des abréviations et acronymes

IDE	Infirmier Diplômé d'État
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ETP	Éducation thérapeutique du patient
GHI	Groupe Hospitalier Intercommunal
PEC	Prise en charge
CDC	Centers for disease prevention and control
AVC	Accident vasculaire cérébral
CEED	Centre Européen d'Étude du Diabète
IDF	International Diabetes Federation
CNED	Centre national d'enseignement à distance
AGGIR	Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
APA	Allocation Personnalisé d'Autonomie
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GIR	Groupes iso-ressources
MACSF	Mutuelle d'assurance des professionnels de la Santé
CSP	Code de Santé Publique
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
HTA	Hypertension artérielle
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
DT1	Diabète de type 1
DT2	Diabète de type 2
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
CH	Centre hospitalier
PCA	Analgésie Contrôlée par le Patient
HAD	Hospitalisation à domicile
HbA1c	Hémoglobine glyquée

I. L'introduction

Le diabète fait parti des pathologies rencontrées au sein des services.

Il s'agit d'une affection qui atteint non seulement le sujet âgé mais aussi le sujet jeune.

Dans le cas du diabète de type 2, il s'agit essentiellement de la personne âgée.

La prise en charge d'un patient diabétique doit être ajustée en fonction de son histoire, sa personnalité, ses ressources, ses connaissances de la pathologie et ses moyens d'implication.

Néanmoins, elle peut s'avérer problématique dès lors que le patient fait preuve d'une forte inobservance.

Lors d'un stage en SSR, une situation interpellante avec une patiente atteinte du DT2 nous a interrogé. Cette dernière était inobservante vis-à-vis de son traitement.

En raison de cet événement, nous nous sommes appuyés sur l'éducation thérapeutique chez la personne âgée atteinte du DT2 afin d'explorer la notion d'inobservance thérapeutique.

Tout d'abord, nous verrons comment la situation d'appel nous a conduit vers le questionnement sur l'éducation thérapeutique de l'IDE auprès du patient âgé, diabétique de type 2 et inobservant.

Dans un premier temps, nous aborderons notre cheminement en commençant par la situation d'appel jusqu'à la question de départ.

Dans un second temps, nous développerons les concepts de l'Infirmier Diplômé d'État, la personne âgée, la pathologie chronique, le diabète de type 2, l'inobservance thérapeutique, l'éducation thérapeutique, la relation soignant/soigné dans le cadre des références.

Ensuite, nous décrirons l'enquête exploratoire en détaillant la méthodologie et l'analyse des résultats.

Enfin, nous annoncerons la synthèse et nous révélerons la question de recherche ainsi que les hypothèses.

II. La situation d’appel

La situation a eu lieu un vendredi au sein d’un SSR situé en région parisienne, durant la distribution des traitements de 12H.

Mme D âgée de 80 ans est diabétique de type 2. Elle est autonome dans les actes de la vie quotidienne.

Ce jour-là, les traitements du matin ont été distribués en retard à cause des prises de sang qui avaient pris plus de temps que prévu.

Lors de la distribution des médicaments de midi, je m’étais rendue dans la chambre de Mme D pour lui donner ses traitements : Paroxétine (antidépresseur) et la Metformine (antidiabétique oral).

Soudain, Mme D soulève un mouchoir et j’ai aperçu les traitements du matin qu'elle n'avait pas pris. Il s'agissait de la Metformine et d'un demi comprimé de Paroxétine.
Je ne m’étais pas assurée qu'elle les avait pris car cette patiente est autonome.

Étonnée, je lui demande s'il s'agit des traitements de 8 heures et elle me répond que oui. Elle m'a également dit qu'elle comptait prendre non seulement les traitements du matin mais aussi ceux du midi.

Enfin, elle m’a fait comprendre qu’elle avait l’habitude de procéder ainsi en cas de manque de prise ou d’oubli.
J'hésitais à lui distribuer les traitements du midi mais cette dernière m'a dit : "Surtout ne dîtes rien à l'infirmière, ça reste entre nous."

A cet instant, je n'étais pas en paix avec moi-même car je ne pouvais pas être complice de cet acte.

La Metformine est un médicament qui peut entraîner un risque de surdosage en cas de non-respect de la posologie.

La Paroxétine quant à elle, peut entraîner des vertiges, une diplopie ou de la somnolence.

Je suis donc sortie de la chambre et j'en ai parlé à l'infirmière qui m'a exhortée de récupérer les traitements du midi.

Ensuite, elle s'est rendue dans la chambre de Mme D afin de connaître les raisons pour lesquelles elle n'avait pas avalé les traitements du matin.
La patiente lui a répondu que les traitements étaient arrivés en retard et qu'elle n'avait pas pu les prendre en même temps que son petit-déjeuner.

Elle a rajouté que le patient est «roi» et qu'il est libre de faire ce qui lui plaît.

III. Le cheminement de la pensée

a. Le questionnement

Le questionnement tourne autour des différents concepts repérés : l'IDE, la personne âgée, la pathologie chronique, le diabète de type 2, l'inobservance thérapeutique, l'éducation thérapeutique, la relation soignant/soigné.
Tout d'abord, nous nous sommes questionnés sur l'Infirmier Diplômé d'État en ce qui concerne ses missions, ses champs de compétences, son rôle propre vis-à-vis du diabète de type 2.
Ensuite, les questions concernant la personne âgée tournent autour de ses caractéristiques et

des enjeux liés au vieillissement ; le concept de la pathologie chronique aborde ses représentations chez la personne, les moyens d'accompagner un patient qui présente une pathologie chronique ; les questionnements autour du diabète de type 2 reprennent la description de la maladie, l'épidémiologie, les causes et les complications.

De plus, nous visons à explorer la notion d'inobservance thérapeutique en s'interrogeant sur les éléments déclencheurs, l'impact sur la santé du patient ainsi que son consentement ; concernant l'éducation thérapeutique, nous tendons à parcourir la notion à travers les définitions, les textes législatifs, les stratégies à mettre en place et l'autonomie du patient.

Enfin, nous nous sommes questionnés sur la relation soignant/soigné en corrélant cette relation et la prise en charge d'un patient inobservant.

Le but étant de chercher les difficultés qui peuvent exister au sein de ce rapport ainsi que les moyens de les surmonter.

b. La synthèse des écrits

Dans le cadre de la rédaction du mémoire de fin d'études, des écrits ont dû être recensés afin d'enrichir le contenu du mémoire.

Les écrits passent par des références sitographiques ainsi que des livres et des revues.

c. La confrontation avec un pair

Concernant la confrontation aux pairs, je me suis entretenue avec deux infirmières (milieu carcéral et psychiatrique) rencontrées lors de mes précédents stages.

Les axes ressortis suite aux échanges sont : la démarche éducative (l'histoire du patient, sa conception de la santé, l'évaluation des connaissances des patients sur la pathologie, de leurs besoins et leurs capacités), la présence du consentement lors de l'éducation thérapeutique, les postures professionnelles, les références législatives, la base de la relation soignant/soigné (confiance, non-jugement...) et le profil de la personne âgée vis-à-vis de son autonomie.

d. La question de départ

Au vu de cette situation et des éléments d'analyse, la question de départ est la suivante : «*En quoi l'éducation thérapeutique d'un(e) IDE aiderait un patient âgé atteint de diabète de type 2 à résoudre ses problèmes d'inobservance thérapeutique ?*»

IV. Le cadre de références

1. L'Infirmier Diplômé d'État

a. Les missions

Le CSP apporte une description et de ses missions à travers l'article L. 4311-1 : *« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.»*[1]

Donc, un infirmier (ou infirmière) est un professionnel de santé capable de prodiguer des soins à partir d'une prescription médicale ou bien à partir de sa propre initiative.

Les soins délivrés font partie de son champ de compétences et sont de nature préventives, curatives ou palliatives.

Le GHI Le Raincy-Montfermeil cite les missions de l'infirmier Diplômé d'État de la façon suivante : *«s'informer sur les besoins fondamentaux et habitudes de vie de la personne soignée, organiser, dispenser et coordonner les soins au sein de l'équipe soignante dans les dimensions préventives, curatives, et palliatives.»*[2]

---

[1] Legifrance.gouv, Juillet 2009, *Code de la santé publique - Article L4311-1*, www.legifrance.gouv.fr/
[2] Le GHI (Groupe Hospitalier Intercommunal) Le Raincy-Montfermeil, *Fiche de poste IDE SSR,* https://www.ch-montfermeil.fr/sites/default/files/mediatheque/infirmier_-_ssr.pdf, 17/07/2015

Par conséquent, les missions sont multiples et favorisent l'intervention de plusieurs acteurs.

b. Les compétences requises

D'après la fiche de poste du GHI, les compétences requises pour un infirmier se résument à :

- *«Évaluer l'état de santé et le degré d'autonomie d'un patient*
- *Effectuer, formaliser un diagnostic infirmier et décider de la réalisation des soins relevant du rôle propre de l'IDE*
- *Effectuer des soins adaptés*
- *Évaluer les Pratiques Professionnelles*
- *Créer une relation de confiance et une alliance thérapeutique et conduire un entretien d'aide*
- *Planifier et organiser ses activités et son temps de travail*
- *Élaborer des procédures et des protocoles en partenariat avec le cadre du service.*
- *Analyser et synthétiser des informations permettant la PEC de la personne soignée.»*

c. Les qualités professionnelles requises

Dans sa posture professionnelle, l'infirmier doit être en mesure de travailler en pluridisciplinarité, d'être en capacité à communiquer, adopter des capacités pédagogiques, faire preuve de rigueur, d'empathie, de discrétion professionnelle, d'avoir un esprit d'analyse et de synthèse.

2. Personne âgée

a. Les vieillissements

Le vieillissement peut être abordé sous deux aspects : social et biologique.
D'après la librairie indépendante Unithèque, le vieillissement amène un enchaînement de pertes telles que *«la perte du travail, la perte du rôle familial, la perte d'autonomie, la perte*

de l'image de soi, la perte d'idéaux non réalisés, etc.»[3]

Face à ces pertes, la personne âgée peut parvenir à les combler en adoptant d'autres centres d'intérêts. Dans le cas échéant, elle se replie sur elle-même et s'isole davantage.

Parmi ces pertes, la retraite représente une perte du rôle social.

Selon l'Unithèque, elle se caractérise par *«la diminution des apports relationnels et la modification des rythmes de vie»* et entraîne *« l'ennui, le sentiment d'inutilité ou le besoin intense de contacts extérieurs.»*

Néanmoins, des personnes âgées parviennent à contrecarrer ses conséquences en retrouvant leur rôle social à travers d'autres activités telles que le bénévolat, l'adhésion dans des associations, etc.

La perte du rôle familial se caractérise généralement par le départ des enfants du foyer familial.

Cet événement peut être plus ou moins mal vécu chez la personne âgée.

Néanmoins, elle peut être amenée à investir en ses petits-enfants.

La perte de l'autonomie est synonyme de dépendance. Elle se traduit par *«l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.»*[4]

Les aptitudes mentales et physiques se détériorent de plus en plus et occasionnent un état de

---

[3]Unithèque.com, La *personne âgée*, p.2, https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/Autre/SZKC-9782294743597.pdf

[4] Legifrance.gouv.fr, 2012, Article. 2, *Loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie*, https://www.legifrance.gouv.fr

dépendance. Ces détériorations peuvent être liées à des pathologies dégénératives.
La dépendance entraîne la présence d'une tierce personne.
La personne âgée peut vivre cela comme une position de faiblesse.

La perte concernant l'image corporelle se manifeste par le vieillissement corporel. En effet, le corps vieilli et/ou est sujet à des maladies.
Par conséquent, la personne âgée n'est plus en capacité à réaliser des performances et voit son image se dégrader.
Cette image peut générer un mal-être chez la personne et renforcer le repli sur soi.

L'entrée en institution fait également partie des pertes que la personne âgée peut vivre. Parmi les institutions, il existe les EHPAD, les services de gériatrie, les établissements de long séjour, les maisons de retraite, etc.
D'après le site Unithèque.com, les raisons qui poussent l'entrée en institution sont «la sécurité et la salubrité.». Elles sont les résultats d'une perte d'autonomie et d'une incapacité à demeurer dans le lieu de vie.
L'entrée en institution peut être une expérience angoissante et intolérée chez la personne âgée. En effet, cette décision peut être prise par des services sanitaires et/ou sociaux voire par la famille.

Le vieillissement biologique concerne la diminution des capacités physiques et mentales d'un individu.
Selon Christophe de Jaeger (médecin gériatre), le vieillissement peut se définir comme *«une diminution de la réserve physiologique des organes et des systèmes composant notre organisme qui possède des réserves fonctionnelles permettant de surmonter des situations difficiles (effort, maladie). L'organisme vieillissant n'a plus à sa disposition ces réserves.»*[5]
Quant à l'âge, il est difficile de déterminer un âge précis au vu de l'augmentation de l'espérance de vie, les améliorations en matière de prévention et de comportements de

[5] Infirmiers.com, 24 septembre 2019, *Qu'est-ce qu'une personne âgée ?*, https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/qu-est-ce-qu-une-personne-agee.html

retraités.

Le site Dictionary reprend les tranches d'âges définies par l'OMS :

- *«60-75 ans : jeune senior; début de la vieillesse (un premier palier);*
- *75-90 ans : senior; vieillesse tardive;*
- *90 et + : grand senior; longévité (quatrième âge)»*[6]

En ce qui concerne les effets du vieillissement, ils se font sentir aux alentours du troisième âge c'est-à-dire de 75 à 85 ans et s'accélèrent davantage.

Néanmoins, tout dépend du vécu de la personne ainsi que de son état de santé.

D'après Unithèque[7], la dégradation des aptitudes physiques avec l'âge est avérée et entraîne des diminutions. Le site constate des diminutions au niveau du tonus musculaire qui se manifestent par *«une diminution des qualités physiques d'endurance, instabilité de la marche»,* une baisse de la *«souplesse articulaire»* qui se caractérise par *«des mouvements limités, parfois douloureux»*, une diminution des *«facultés sensorielles (visuelles, auditives...)»*, une diminution des capacités cognitives *«mémoire, jugement, raisonnement»,* des *«difficultés d'adaptation aux changements et d'apprentissage»,* etc.

b. Les démences

Parmi les caractéristiques du vieillissement, nous retrouvons les démences.

D'après l'OMS, la démence est *«un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes».*[8]

Parmi les démences, nous retrouvons la maladie d'Alzheimer. Elle s'oppose aux démences à

---

[6] Dictionary, 2021, *Qu'est-ce qui explique le vieillissement de la population ?*, https://dictionary.tn/quest-ce-qui-explique-le-vieillissement-de-la-population/

[7] Unithèque.com, La *personne âgée*, p.4, https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/Autre/SZKC9782294743597.pdf

[8] Organisation Mondiale de la Santé, 2 septembre 2021, *Démence*, https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia

corps de Lewy, fronto temporale et vasculaires qui font parties d'autres types de démence.
Ce sont des démences dégénératives (ou séniles) car elles entraînent un déclin progressif et définitif des neurones.
En outre, la détérioration des neurones provoque une perte d'autonomie chez les individus.

L'OMS estime que *«5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteintes de démence à un moment donné.»*[9]
En supplément, elle annonce «*un nombre total de 82 millions de personnes atteintes de démence en 2030 ainsi que 152 millions d'ici 2050.»*[10]

Cette croissance est majoritairement liée à l'accroissement des cas de démence au sein des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les signes cliniques les plus courants dans les cas de démences sont les troubles de l'attention et du langage.
Dans la maladie d'Alzheimer, nous relevons une apraxie c'est-à-dire «*une incapacité à réaliser une activité gestuelle malgré la capacité à comprendre les consignes»*[11] ainsi qu'une agnosie qui se manifeste par une «*non reconnaissance des lieux, objets, visages...»*[12]

En dehors des troubles cognitifs, les démences occasionnent peuvent également occasionner des troubles comportementaux.
Par exemple, dans le cas de la démence fronto temporale, les signes cliniques les plus constantes sont l'apathie, l'isolement, l'irritabilité, l'émotivité exacerbée, la désinhibition.

---

[9] Organisation Mondiale de la Santé, 2 septembre 2021, *Démence*, https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia
[10] Organisation Mondiale de la Santé, 2 septembre 2021, *Démence*, https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia
[11] Hélène Paoli, 2008, Démences des personnes âgées, https://www.infirmiers.com/pdf/cours-en-vrac/Demences-personnes-agees.pdf
[12] Hélène Paoli, 2008, Démences des personnes âgées, https://www.infirmiers.com/pdf/cours-en-vrac/Demences-personnes-agees.pdf

c. Les troubles du comportement

Au vu des pertes et des transformations rencontrées chez le sujet âgé, des troubles comportementaux peuvent survenir.

Effectivement, la personne âgée peut être amenée à négliger son futur, la vie, la perception d'elle-même, ses interactions avec autrui.

Ces troubles se manifestent de plusieurs manières : la dépréciation (lorsque la personne subit des angoisses suite à un sentiment d'insignifiance); la peur (elle peut se manifester par la peur de chuter par exemple); les difficultés de communication (l'agressivité, l'abattement physique et psychologique); les troubles alimentaires (la boulimie par exemple); la désorientation temporo-spatiale; le déni, les troubles du sommeil; la tristesse; etc.

Par ailleurs, l'un des troubles majeurs est la dépression.

D'après l'Inserm, la dépression est liée à «*un dysfonctionnement social et à une souffrance personnelle majeurs, qui peut avoir des conséquences parfois lourdes en termes de fonctionnement social, de santé et même de décès, le risque de passage de suicide étant particulièrement élevé.*»[13]

Elle peut conduire vers le «syndrome de glissement» c'est-à-dire le fait de se laisser mourir ou bien au suicide.

Les symptômes de la dépression se caractérisent souvent par de la tristesse pathologique, une anhédonie, l'insomnie, l'asthénie, le manque d'appétit, l'amnésie, la perte de poids, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, des agitations, un sentiment d'angoisse presque permanent, des plaintes, des idées de mort ou de suicide.

La dépression est une pathologie difficile à diagnostiquer car les sujets atteints peuvent paraître joviaux. Il s'agit d'une dépression masquée.

De manière générale, la dépression se traite grâce à la psychothérapie, aux antidépresseurs ainsi que par l'écoute active et la possibilité de permettre à l'individu de s'approprier son environnement.

---

[13] Inserm, 2019, *Dépression : Mieux la comprendre pour la guérir durablement,* https://www.inserm.fr/dossier/depression/

d. L'autonomie

Le vieillissement entraîne une réduction des capacités, donc en conséquence, une baisse de l'autonomie. Elle survient subitement, elle peut être le résultat d'une pathologie, ou peut apparaître de façon progressive à cause de l'avancée en âge et la dysfonction des organes. Selon l'Université Médicale Virtuelle Francophone, l'autonomie est caractérisée par *«la capacité à se gouverner soi-même; elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement».*[14]

L'autonomie se classe sous plusieurs formes : physique, psychique, sociale et juridique.

L'autonomie physique se définit dès lors qu'une personne détient des capacités afin de juger et d'agir face aux actes de la vie quotidienne. Cela passe par le fait de s'alimenter, se vêtir, éliminer, se mouvoir, prendre soin de ses téguments, etc.

Selon Unithèque, l'autonomie psychique est lorsqu'une *«personne dispose des capacités cérébrales lui permettant de maîtriser les actes de la vie quotidienne, d'être capable de décider seule ou de prendre de la distance par rapport aux événements.»*[15]

L'autonomie sociale reprend les capacités d'une personne à maîtriser les activités de la vie sociale telles qu'entretenir des relations (conjugales, familiales, amicales, etc.), avoir des divertissements, être en mesure de vivre en collectivité.

Enfin, l'autonomie juridique désigne une personne ayant des aptitudes mentales qui lui permettent d'être responsable de ses actes comme remplir ses devoirs en tant que citoyens (voter, etc.), exercer ses droits

L'autonomie est un concept qui est lié à la personne âgée. Elle s'altère au vu des diminutions rencontrées chez le sujet âgé.

Toutefois, l'autonomie n'est pas synonyme de polyvalence. Par exemple, une personne âgée qui présente un handicap physique peut ressentir la nécessité d'être aidée dans les actes de la vie quotidienne tandis qu'elle est en mesure de prendre des décisions vis-à-vis de ses affaires

---

[14] Université Médicale Virtuelle Francophone, 2009, *Autonomie et dépendance,* http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf

[15] Unithèque.com, *La personne âgée,* p.13, https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/Autre/SZKC-9782294743597.pdf

personnelles.

La grille «AGGIR» est un outil qui permet de mesurer le degré d'autonomie d'une personne âgée demandeuse de l'APA. Elle sert à fixer si le demandeur est éligible à l'allocation, selon le niveau d'aides nécessaire.

L'APA est une allocation qui permet de payer partiellement ou totalement, les dépenses en lien avec le maintien à domicile ou bien les frais d'institution (par exemple en EHPAD). Les conditions à remplir pour percevoir l'APA sont *«être âgé de 60 ans ou plus, résider en France de façon stable et régulière, être en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un degré de perte d'autonomie évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 par une équipe de professionnels du conseil départemental.»*[16]

En fonction du degré d'autonomie, le demandeur est placé dans un GIR.

Les personnes classées en GIR 1 à 4 peuvent prétendre à l'APA elles ont une faible autonomie.

Les personnes classées en GIR 5 et 6 ne peuvent bénéficier de l'APA mais peuvent faire la demande d'une aide ménagère.

e. L'estime de soi

Christina Doré dans l'article *«L'estime de soi : analyse de concept»* mentionne l'estime de soi comme étant une *«attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine.»*[17]

Elle rajoute qu'une personne qui s'estime adoptera *«une manière d'être, des attitudes et des sentiments pour témoigner de son unicité.»*[18]

Les pertes liées au vieillissement mentionnées ci-dessus démontrent que la personne âgée a des difficultés à se valoriser.

---

[16] Pour les personnes âgées, Janvier 2022, *L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA),* https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/

[17] Christina Doré, *L'estime de soi : analyse de concept*, tiré de Recherche en soins infirmiers 2017/2 (N°129), pages 18 à 26

[18] Christina Doré, *L'estime de soi : analyse de concept*, tiré de Recherche en soins infirmiers 2017/2 (N°129), pages 18 à 26

Unithèque rapporte des expressions souvent employées par les personnes âgées : *« Je ne suis plus rien »*, *« Je ne suis plus bon à rien »…*

Par conséquent, la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance précise que le fait de développer des centres d'intérêt *«maintient le sentiment d'appartenance et d'utilité tout en limitant l'isolement, la ségrégation, la sensation de dévalorisation et l'ennui.»*[19]

Elle rajoute qu'il faut favoriser la participation volontaire à des activités créatives et *«valorisantes».*

3. Pathologie chronique

a. Définitions

Les maladies chroniques sont complexes à définir car elles peuvent être perçues différemment selon le point de vue de chacun.

Néanmoins, certains organismes ont proposé des définitions afin de les caractériser.

Par exemple, les CDC (Centers for Disease prevention and Control) aux États-Unis définissent les maladies chroniques comme *«des affections non transmissibles, de longue durée, qui ne guérissent pas spontanément une fois acquises, et sont rarement curables ».*[20]

Ils soulignent également que *«le plus souvent les affections doivent avoir été présentes pendant trois mois ou davantage pour être considérées comme chroniques.»*[21]

D'après l'article 1 de l'arrêté du 18 juillet 2018 qui fixe la liste des pathologies chroniques stabilisées, les pathologies comprennent : *«l'accident vasculaire cérébral les artériopathies chroniques, la cardiopathie, les diabètes de type 1 et 2, l'insuffisance respiratoire chronique, la maladie d'Alzheimer et autres démences, la maladie de Parkinson et l'épilepsie.»*[22]

---

[19] Unithèque.com, *La personne âgée,* p.21, https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/Autre/SZKC-9782294743597.pdf

[20] Haut Conseil de la santé publique, Novembre 2009, *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*, p.17, https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=94

[21] Haut Conseil de la santé publique, Novembre 2009, *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*, p.17, https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=94

[22] Legifrance.gouv 2018, *Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique,* https://www.legifrance.gouv.fr

b. Du déni à l'acceptation de la maladie

L'apparition d'une pathologie est un événement ni désiré, ni prémédité.

Dans le cas d'une maladie chronique telle que le diabète, il existe des traitements qui permettent de la stabiliser. Néanmoins, l'efficacité de ces derniers dépend du style de vie des personnes.

La survenue d'une pathologie chronique implique un changement. Selon la psychothérapeute Anne Lacroix et le professeur de médecine, expert en diabétologie Jean-Philippe Assal, *«le changement signifie une sorte de deuil, car il y a des deuils qui ne sont pas liés à la mort, mais à la perte de ce qui était coutumier, familier.»*[23]

Le deuil représente l'ensemble des conséquences associées à la perte.

Chaque personne le rencontre au cours de la vie, en dehors de la mort. Par exemple, sur le plan émotionnel.

Face à la pathologie chronique, les patients éprouvent ce deuil émotionnel à cause du changement de leur état de santé.

Pour illustrer cela, la psychiatre et psychologue américaine, Elisabeth Kübler-Ross a énoncé un modèle dans son ouvrage *Les derniers instants de la vie*, paru en 1969.

Ce modèle est constitué en cinq phases : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation.

Le schéma[24] ci-dessous décrit chaque phase.

---

[23] Anne LACROIX, Jean-Philippe ASSAL, 2011, *L'éducation thérapeutique des patients : accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*, édition Maloine, p.11

[24] Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes, *Théorie de la gestion du changement - Sommaire - Modèle de Kübler-Ross*, https://www.cymha.ca/resource-hub-files/t_change_modele_de_kubler_ross.pdf

Première phase : Le déni	La première réaction est souvent de nier le changement et de s'accrocher à la situation actuelle, qui est beaucoup plus préférable.
Deuxième phase : La colère	C'est le stade où la personne se rend compte qu'elle ne peut plus persister dans le déni. Quand cela se produit, elle a recours à la colère et manifeste des comportements de frustration avec ceux qui l'entourent.
Troisième phase : Le marchandage	Il est possible que la personne nourrisse un faux espoir que le changement pourra être évité. Cela se manifeste souvent sous la forme d'un marchandage où la personne offre quelque chose en échange du maintien de la situation actuelle.
Quatrième phase : La dépression	Les signes de dépression signalent la possibilité d'acceptation. À ce stade, les gens ne refusent plus le changement, mais ils prennent de plus en plus conscience de ses côtés négatifs (et aussi de certains côtés positifs possibles).
Cinquième phase : L'acceptation	À ce stade, les gens sont prêts à accepter l'inéluctabilité du changement. Ils font alors preuve d'une stabilité émotionnelle et adoptent une vision rétrospective des choses.

Bien que les phases soient présentées comme telles, les expériences se diffèrent.

En effet, chaque personne adopte une réaction selon son propre mécanisme émotionnel.

c. La dimension biomédicale

Le biomédical est une discipline qui rassemble la biologie et la médecine.

Son but est d'être mieux informé sur les pathologies afin de les dépister ou les diagnostiquer, les guérir ou bien les prévenir grâce à des traitements, des dispositifs médicaux, etc…

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient atteint d'une affection chronique, la dimension biomédicale se manifeste par l'administration des traitements, le suivi de la pathologie, l'éducation du patient et de son entourage.

Néanmoins, les soignants ne parviennent pas à adapter les prises en charge à cause des différences entre la médecine aiguë et la médecine chronique.

D'après Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, *«les maladies chroniques nécessitent donc une formation du personnel médical centrée sur les techniques de suivi du patient et l'intégration*

de ce suivi au processus de soins.»[25]

Par conséquent, pour assurer des soins de qualité à chaque patient, il est important que les soignants soient formés afin de développer leur savoir-faire vis-à-vis de la pathologie et de ne plus se baser exclusivement sur des notions biomédicales.

d. La dimension biopsychosociale

Contrairement au modèle biomédical, le modèle biopsychosocial est plus moderne. D'après la docteure Anne Berquin, le modèle psychosocial est une *«représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie.»*[26]

Le psychiatre George Libman Engel le définit comme étant l'intégration des éléments biologiques, psychologiques et sociaux dans l'approche de la santé et la pathologie.

Les maladies chroniques entraînent des conséquences psychosociales. Selon le psychothérapeute Alfred Künzler, elles provoquent des *«modifications dans des domaines tels que le travail, la famille et l'entourage social qui exigent des capacités d'adaptation complexes de la part des malades.»*[27]

Le fait de maîtriser la maladie peut pousser les patients à vouloir écourter les obstacles existants ou futurs, provoqués par celle-ci, sur le plan cognitivo-émotionnel ou bien par un comportement sur lequel ils peuvent y travailler.

Cette méthode découle de l'évolution de la maladie et du patient, ainsi que de son entourage.

De ce fait, un travail psychologique doit être établi envers ces patients afin de maintenir voire réédifier la santé psychique.

---

[25] Anne Lacroix, Jean-Philippe Assal, 2011, *L'éducation thérapeutique des patients : accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*, édition Maloine, p.57

[26] Anne Berquin, *Le modèle psychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie*, Revue Médicale Suisse, 2010, 6 : 1511-3

[27] Alfred Künzler, Judith Alder, Roberto Brioschi, Regine Strittmatter, 2011, *Prise en charge psychologique des personnes atteintes d'une maladie physique chronique*, https://a-jour-asp.ch/article/view/1367/1729

4. Diabète de type 2

a. Définitions

D'après l'OMS, le diabète est une *«maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit.»*[28]
La glycémie signifie la concentration de glucose dans le sang.

Le diabète se manifeste par une hyperglycémie c'est-à-dire un taux de glucose trop élevé dans le sang. Le diagnostic est posé dès lors que la glycémie à jeun est supérieure à 1,26 g.L, et ce, à deux reprises.
Avec le temps, un diabète non équilibré peut entraîner de graves complications sur de nombreuses parties de l'organisme notamment des nerfs et des vaisseaux sanguins.

D'après la Fédération Française des Diabétiques, le diabète de type 1 (ou diabète insulinodépendant (DID)) est *«une maladie auto-immune, habituellement découvert chez les personnes jeunes : enfants, adolescents ou jeunes adultes.»*[29]
Les symptômes du diabète de type 1 sont principalement une polydipsie (une soif intense), une polyurie (des urines abondantes) et un amaigrissement.

Le diabète de type 2 (ou diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité) se caractérise par une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Il représente la majorité des cas de diabète.

Selon l'OMS, il découle en majoritairement d'une surcharge pondérale et d'un manque d'activité physique.

---

[28] Organisation mondiale de la Santé, 13 avril 2021, *Diabète*, https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
[29] Fédération Française des Diabétiques, *Qu'est-ce que le diabète ?*,https://www.federationdesdiabetiques.org

De plus, les symptômes peuvent être similaires à ceux du diabète de type 1 mais sont souvent moins marqués.

Par conséquent, la maladie peut être diagnostiquée plusieurs années après son apparition lorsque les complications sont déjà présentes.

Ce type de diabète est généralement observé que chez l'adulte. Cependant, il apparaît de plus en plus chez l'enfant.

L'hémoglobine glyquée (ou HbA1c) est *«un marqueur du risque de complications du diabète à long terme.»*[30]
Grâce à un dosage sanguin, elle évalue l'équilibre glycémique sur une période d'environ 2 à 3 mois.

Le glucose se fixe sur l'hémoglobine (une protéine riche en fer et responsable de la pigmentation du sang), et ce de façon définitive.

L'hyperglycémie joue donc un rôle dans l'accumulation de glucose fixé sur l'hémoglobine.

Un prélèvement sanguin est à effectuer tous les 3 mois afin de surveiller la quantité de glucose fixée sur l'hémoglobine des globules rouges. La durée de vie des globules rouges est de 120 jours puis recommence en continu.

Un diabète est dit équilibré lorsque *« le taux d'HbA1c est inférieur ou égal à 7%.»*[31]
Dès lors que ce taux est élevé, le risque des contracter des complications est important.

b. Physiopathologie

Généralement, la norme de la glycémie est de 1 g.L ou 5,5 mmol.L.
Il s'agit de l'homéostasie glycémique.

---

[30] Fédération des diabétiques, L'HBA1c ou Hémoglobine glyquée, https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c
[31] Fédération des diabétiques, L'HBA1c ou Hémoglobine glyquée, https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c

Plusieurs organes constituent l'homéostasie glycémique. Les organes dits effecteurs sont ceux qui stockent le glucose et puis il y a ceux qui restituent le glucose.
Parmi les organes effecteurs, il y a le foie, les muscles et le tissu adipeux.
Le rôle du foie est de stocker le glucose grâce au phénomène de glycogénogenèse, sous forme de glycogène. La glycogénolyse permet de restituer le glucose.

La glycogénolyse n'a pas lieu dans les muscles contrairement à la glycogénogenèse.

D'après un support du CNED, *«les adipocytes stockent le glucose sous forme de triglycérides, cephénomène est appelé la lipogenèse.»*[32]

Le foie peut produire du glucose à partir des triglycérides rétabli en circulation.
Le glucose stocké dans les cellules adipeuses est une réserve plus considérable que le glycogène hépatique. Néanmoins, cette réserve n'est pas immédiatement disponible à cause de la complication des mécanismes de production du glucose à partir des molécules lipidiques.

D'après le Vidal, le pancréas est *«une glande de forme allongée et triangulaire qui se trouve derrière l'estomac. Sa partie la plus large, la « tête », est proche de l'intestin grêle et du canal biliaire, canal par lequel la bile passe dans l'intestin.»*[33]
L'une de ses fonctions est de commander la régulation de la glycémie.

Il est composé de cellules situées aux îlots de Langerhans. Elles sont divisées en trois parties : les cellules alpha (α), bêta (ß) et delta (δ) .
Ces cellules détectent en permanence la valeur de la glycémie et fabriquent selon cette valeur deux hormones : l'insuline et le glucagon.

---

[32] Centre National d'Enseignement à Distance, *Séquence 1 Glycémie et Diabète,* https://www.academia.edu
[33] Vidal, 2020, «Qu'est-ce que le pancréas ?», *Cancer du pancréas,* https://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-pancreas.

L'insuline est une hormone hypoglycémiante, sécrétée par les cellules ß des îlots de Langerhans. Elle régule la glycémie et privilégie l'absorption du glucose ainsi que sa mise en réserve par les organes effecteurs.
Le glucagon est une hormone hyperglycémiante, sécrétée par les cellules α des îlots de Langerhans.Il favorise la glycogénolyse au niveau des cellules hépatiques.

Les fluctuations de la glycémie entraînent la sécrétion d'hormones par les cellules endocrines pancréatiques qui agissent sur les organes effecteurs afin de ramener la glycémie à une valeur normale.
Ainsi, une légère hyperglycémie par apport alimentaire entame une réponse qui tend à diminuer la glycémie. A contrario, une légère hypoglycémie due à un effort physique intense entraîne une réponse qui tend à augmenter la glycémie.

Ce système de contrôle constitue une boucle de rétroaction qui garantit une autorégulation permanente de la glycémie.

c. Épidémiologie

D'un point de vue épidémiologique, le diabète est une maladie en constante progression.
D'après les chiffres du CEED, en 2014, le diabète a touché 422 millions de personnes à l'échelle mondiale, alors qu'il ne concernait que 108 millions de patients dans le monde en 1980.
En 2019, il a affecté plus de 463 millions de personnes à l'échelle mondiale, dont 59 millions en Europe. Il s'est avéré que *«plus de 4,5 millions de personnes en France»*[34] sont atteintes du diabète. Cependant, environ 1 million d'entre elles ne le savent pas.
D'après Santé Publique France, *«environ 3,5 millions de personnes étaient traitées par médicament pour un diabète en France en 2019, soit 5,2 % de la population»* et il s'agit

[34] Centre Européen d'Étude du Diabète, 2021, *Les chiffres du Diabète,* http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/

d'une pathologie *«plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.»*[35]

Le coût du diabète s'élève à 4 500€ par personne atteinte de cette maladie par an.

Par ailleurs, des adultes atteints du diabète résident dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. En effet, en 2019, le taux était de 79% tandis qu'en 2021, il était de 81%.

En 2021, la pathologie a affecté *«plus de 537 millions de personnes dans le monde (soit 1 personne sur 10), dont 61 millions en Europe.»*[36] D'autre part, 6,7 millions de personnes sont décédées suite à leur diabète. Cela se traduit par un accroissement de 2,5 millions comparé à 2019 : 4,2 millions de décès.

L'OMS et de l'IDF prévoient qu'il y aura 643 millions de sujets diabétiques pour 2030 et 784 millions pour 2045.

d. Conséquences sur la santé

Le diabète est une pathologie qui touche plusieurs organes et vaisseaux.

En effet, il peut amener des affections cardiaques, oculaires, rénales, nerveuses et vasculaires.

Tout d'abord, il fait parti des principaux facteurs de risque de l'infarctus du myocarde et de l'AVC car il produit le développement de l'athérosclérose au niveau des artères.

La Fédération des diabétiques décrit l'athérosclérose comme étant *«l'épaississement de la paroi des artères et leur obstruction par des plaques d'athérome, composées de cholestérol, de facteur de coagulation, de plaquettes, de calcium et de cellules sanguines.»*[37]

Ce phénomène entraîne un vieillissement précoce des artères ainsi qu'une hypertension artérielle.

---

[35] Santé Publique France, 10 novembre 2021, *Le diabète en France : les chiffres 2020,* https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020

[36] Centre Européen d'Étude du Diabète, 2021, *Les chiffres du Diabète,* http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/

[37] Fédération Française des Diabétiques, *L'athérosclérose diabétique : un mécanisme à part,* https://www.federationdesdiabetiques.org/information/recherche-innovations-diabete/actualites/latherosclerose-diabetique-un-mecanisme-a-part

D'après le site des Pratiques optimales de l'AVC, le risque de contracter un AVC est *«50 % plus élevé chez les personnes diabétiques.»*[38]

De plus, l'association Diabète Québec mentionne que les personnes atteintes du diabète ont *«deux à quatre fois plus de risque de développer une maladie cardiovasculaire.»*[39]

Les lésions nerveuses qui touchent les pieds sont associées à la diminution du débit sanguin. Elles accroissent non seulement les chances d'apparition d'infection et d'ulcères mais en plus peuvent entraîner une amputation.

La rétinopathie diabétique se caractérise par l'endommagement des vaisseaux sanguins de la rétine lié à l'excès de sucre dans le sang.

Il s'agit d'une microangiopathie car cela affecte les petits vaisseaux sanguins.

La rétinopathie diabétique est une cause majeure de cécité et représente *«2,6 % des cas de cécité dans le monde»*[40] selon l'OMS.

La néphropathie diabétique est une pathologie qui touche les reins. Elle se caractérise par une atteinte des filtres glomérulaires.

Il s'agit donc d'une macroangiopathie car cela affecte les grands vaisseaux sanguins.

La fonction des néphrons s'altère puisque les néphrons se dégradent et s'épuisent à cause de l'hypertension artérielle exercée lors de l'élimination du glucose.

Par conséquent, les déchets s'accumulent dans l'organisme.

---

38 Pratiques optimales de l'AVC, *Prise en charge du diabète* et de l'AVC, https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prevention-secondaire-de-lavc-/diabete-et-avc

39 Diabète Québec, Septembre 2020, *Les maladies cardiovasculaires*, https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/complications/diabete-et-maladies-cardiovasculaires/

40 Organisation mondiale de la Santé, 13 avril 2021, *Diabète,* https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

D'après l'association Diabète Québec, la néphropathie diabétique *«touche jusqu'à 50 % des personnes diabétiques au cours de leur vie. Le diabète est la première cause d'insuffisance rénale.»*[41]

Pour palier à l'accumulation des déchets au sein de l'organisme, certaines personnes ont recours à des séances de dialyse.

Enfin, l'une des complications du diabète est l'acidocétose diabétique.

Le site Vidal définit l'acidocétose diabétique comme étant *«une élévation de l'acidité du sang liée à l'accumulation de substances toxiques pour l'organisme, les corps cétoniques.»*[42]

Les corps cétoniques (ou cétones) sont connus pour favoriser la perte de poids. Ce sont des substances fabriquées par notre organisme durant la dégradation des graisses et acides gras existants dans notre corps. Lorsque l'apport en glucose est limité, l'organisme transforme les graisses en corps cétonique afin de corriger la perte en glucides.

L'acidocétose apparaît lorsque la cétonémie (le taux de corps cétoniques dans le sang) surpasse les facultés d'élimination de l'organisme et que le sang devient trop acide.

De plus, elle résulte d'une très faible insulinémie (concentration d'insuline dans le sang) en cas de diabète non diagnostiqué ou mal contrôlé.

e. Prévention

L'OMS préconise des recommandations afin de prévenir ou d'allonger l'apparition du diabète de type 2.

Tout d'abord, il suffit d'avoir une alimentation saine, d'adopter une activité physique régulière, d'entretenir un poids convenable et d'éviter la consommation de tabac.

---

[41] Diabète Québec, Janvier 2019, «Comprendre le diabète - Complications», *La néphropathie,* https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/complications/la-nephropathie/

[42] Vidal, Mars 2020, *Acidocétose diabétique,* https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/acidocetose-diabetique.

L'équilibrage alimentaire, l'activité physique, la prise des traitements, le dépistage régulier et la prévention des complications sont des moyens de traiter le diabète et d'éviter les conséquences (pathologies cardiaques, rénales, oculaires, vasculaires...).

Les professeurs des universités André Grimaldi et Agnès Hartemann-Heurtier ont mentionné l'évolution du régime diabétique. Autrefois, il s'agissait d'un régime pauvre en glucose tandis que dorénavant nous parlons *«d'un régime normoglucidique, modérément hypocalorique, grâce à une réduction des boissons alcoolisées et des graisses.»*[43]

En ce qui concerne la prévention du diabète de type 2, l'OMS conseille d'atteindre un poids normal (un indice de masse corporelle situé entre 18,5 kg/m² et 25 kg/m²), d'éviter la prise de poids, de pratiquer une activité physique régulière et modérée (environ 30 minutes par jour) afin de favoriser la perte de poids. Enfin, suivre un régime alimentaire sain, éliminer les graisses saturées, limiter le sucre et éviter de fumer diminuent les complications. Le fait de fumer accroît le risque de diabète et de pathologies cardiovasculaires.

5. Inobservance thérapeutique

a. Définition

Pour définir cette notion, le professeur Gérard Reach a repris la définition du médecin David Lawrence Sackett : la non-observance aux traitements (ou l'inobservance thérapeutique) est *«une absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales.»*[44]

Ce phénomène est fréquent et se manifeste par exemple lors de la prise de traitements ou le suivi d'un régime.

Elle s'oppose à l'observance thérapeutique qui est une concordance entre les attitudes des patients et les prescriptions médicales.

---

[43] A. Grimaldi, A. Hartemann-Heurtier, S.Jacqueminet, F.Bosquet, N.Massebboeuf, M.Halbron, C.Sachon, 2009, *Guide pratique du diabète*, 4e édition, édition Masson, p.36

[44] Gérard REACH, 2009, *Psychotropes,* Vol. 15, édition De Boeck, p.71

b. Épidémiologie

L'inobservance thérapeutique est un fléau qui touche plus d'un patient sur deux.

Selon un rapport de l'IGAS, elle *«pose un problème majeur de santé publique. [...] elle concernerait 30 % à 50 % des patients de manière régulière, voire 90 % des personnes atteintes d'affections chroniques à un moment donné de leur maladie.»*[45]

Dans le cas du diabète, *«plus de 80 % des diabétiques ne suivent pas bien leur régime, 50 % oublient de prendre un médicament au moins une fois par semaine et 15 % continuent de fumer.»*[46]

À cet effet, les ETP sont nécessaires.

c. Le lien avec la rationalité

L'inobservance thérapeutique peut se traduire par un déni ou un refus de la pathologie, la peur de contracter les effets secondaires du traitement, l'incurabilité de la maladie...

Les causes pouvant justifier ces manifestations peuvent être la présence d'un état dépressif, des défaillances relationnelles avec un professionnel de santé ou un proche, etc.

Selon l'ouvrage *Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques* (2009) aborde la rationalité du patient en ce qui concerne la prescription. Elle entre en jeu dès lors qu'il ne suit pas les recommandations prescrites par le médecin (prise de comprimés, arrêt du tabac, suivi d'un régime...). Il agit de façon délibérée même si ces actions sont nécessaires pour maintenir son état de santé.

Le Dr Felicity Kelliher affirme que le patient diabétique *«doit prendre lui-même plus de 95% des décisions thérapeutiques dont relève sa prise en charge médicale et hygiéno-diététique.»*[47]

Toutefois, il arrive que les patients soient conscients de la nature irrationnelle de leur inobservance et mettent en avant le fait qu'ils manquent de force pour parvenir à suivre la

---

[45] Infirmiers.com, 2015, *Favoriser l'observance thérapeutique*, https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/favoriser-observance-therapeutique.html

[46] Infirmiers.com, 2015, *Favoriser l'observance thérapeutique*, https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/favoriser-observance-therapeutique.html

[47] L'Infirmière Magazine, 15 mars 2014, *L'éducation thérapeutique du patient diabétique*, N°341, p.34

prescription.

d. La volonté

La volonté est la *«faculté de déterminer librement ses actes en fonction de motifs rationnels ; pouvoir de faire ou de ne pas faire quelque chose.»*[48]

En ce qui concerne l'inobservance thérapeutique, la volonté joue un rôle dans l'accomplissement des actions.

Un patient qui présente une maladie chronique peut résister à l'idée de suivre une prescription en raison d'une faiblesse de la volonté.

Le livre *Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques* a repris la théorie du philosophe Aristote, akrasia c'est-à-dire absence de force puis désignée «*sous le nom d'action incontinente ou d'intempérance.»*[49].

Les auteurs du livre résument ce phénomène de la façon suivante : *«le sujet, sachant qu'il serait bon pour lui d'accomplir l'action A (par exemple prendre le comprimé) qui lui permettrait d'assouvir un désir (ici, conserver sa santé, ce que tout le monde devrait désirer),accomplit une autre action, que lui-même juge moins bonne. Ici, cette autre action consiste, à ne pas accomplir l'action A, à ne pas se soigner.»*[50]

Ce phénomène est étroitement lié à l'irrationalité abordée ci-dessus : le patient sachant que les traitements l'aideront à stabiliser son état de santé, décide de ne pas les prendre.

Cette finalité d'actions découle des croyances et des désirs du patient.

Par conséquent, l'éducation thérapeutique entre en jeu en vue de renouveler ces croyances, assimiler de nouvelles habitudes et de nouveaux comportements.

Par exemple, il existe un modèle de changement des comportements réalisé par Prochaska et DiClemente. Ce modèle est composé de plusieurs stades : *«la pré-contemplation, la contemplation, la détermination, l'action, la maintenance et la rechute.»*[51]

---

[48] Dictionnaire Larousse, *Volonté*, https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/volont%C3%A9/82476

[49] D.SIMON, P-Y TRAYNARD, F. BOURDILLON, R.GAGNAYRE, A.GRIAMALDI, 2009*, Education thérapeutique : Prévention et maladies chronique,* édition Masson, p.73

[50] D.SIMON, P-Y TRAYNARD, F. BOURDILLON, R.GAGNAYRE, A.GRIAMALDI, 2009*, Education thérapeutique : Prévention et maladies chronique,* édition Masson, p.73

[51] Sorbonne Université, Département de Médecine générale, Avril 2020, *Modèle transthéorique du changement*,

Chacune de ces étapes reprend des éléments de processus vers le changement.

6. Éducation thérapeutique

a. Définitions

Selon l'article L. 1161-1 du code de la santé publique , l'éducation thérapeutique *« s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.»*[52]

D'après l'HAS, l'éducation thérapeutique du patient (ou ETP) *«vise à faire acquérir au patient (en lien avec son entourage) des compétences lui permettant de gérer sa maladie, de réaliser lui-même les gestes liés aux soins, de prévenir les complications évitables et de s'adapter à sa situation.»*[53]

En somme, l'éducation thérapeutique tend à rendre le patient acteur de sa prise en charge et responsable de sa santé.

Il s'agit d'un développement progressif qui a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients porteurs d'une pathologie.

L'objectif de la démarche est de rendre le patient autonome, tout en l'aidant à être observant et à contrôler sa maladie.

b. Les principes de l'éducation thérapeutique

Au vu du bon nombre de pathologies, il est déduit que l'éducation thérapeutique favorise la promotion de la santé du patient sur les plans biologique et clinique, l'efficience des soins, la diminution de l'apparition des complications et l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de son entourage.

Elle engage également la coopération entre le soignant et le soigné.

---

https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/06/Mode%CC%80le-tranthe%CC%81orique-du-changement.pdf

[52] Légifrance.gouv, 2020, *Code de la santé publique - Article L1161-1*, www.legifrance.gouv.fr/

[53] HAS (Haute Autorité de Santé), *Guide parcours de soins : Diabète de type 2 de l'adulte*, p.45, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

Plusieurs professionnels ont exposé leurs principes en ce qui concerne l'éducation thérapeutique :

D'après le Dr Brigitte SANDRIN médecin de Santé Publique, les principes fondamentaux qui conduisent l'ETP des pathologies chroniques sont :

- *«Être une approche au cœur de la relation soignant-soigné, personnalisée et centrée sur la personne et non sur des contenus à transmettre relation partenariale avec le patient, à l'écoute de sa situation singulière);*
- *S'inscrire dans un travail pluriprofessionnel;*
- *S'ancrer dans la vie et les préoccupations du patient, aider à la résolution de problèmes concrets;*
- *Éviter les contre-attitudes médicales, qui relèvent du «blame de la victime» tels que l'infantilisation, la culpabilisation, la résignation, la dramatisation, la banalisation, le jugement moralisateur;*
- *Instaurer une relation d'adulte à adulte, d'équivalence avec le patient et de respect de ce qu'il est, de ce qu'il sait et de son contexte de vie.»*[54]

Ces principes éliminent certaines approches notamment les rapports d'infériorité (dominant-dominé, parent-enfant...), le fait d'inciter le patient à acquérir un panel de compétences déterminées.

Dans l'ouvrage *Prévention et maladies chroniques,* les auteurs affirment que le patient ne doit pas répondre à un modèle imposé par le soignant. C'est pourquoi, il faut *«éviter que l'éducation soit synonyme de stigmatisation, d'enfermement et de restriction.»*[55]

Pour conclure cette partie, le médecin généraliste Alain Moreau a décrit l'accompagnement éducatif comme étant une *approche centrée sur le patient.* Cette approche est composée de plusieurs composantes dont «*explorer la perspective du patient, comprendre la personne dans sa globalité, mettre en valeur la relation et l'alliance thérapeutique.»*[56]

---

[54] L'Infirmière Magazine, 15 mars 2014, *L'éducation thérapeutique du patient diabétique*, N°341, p.34

[55] D.SIMON, P-Y TRAYNARD, F. BOURDILLON, R.GAGNAYRE, A.GRIAMALDI, 2009, *Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques,* p.3

[56] MOREAU A. , N. KELLOU, I. SUPPER, Marion L-B, Corinne P. , Christian D., *L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2,* 2013, Exercer, Volume 24, N°110 , p.269-270

c. Les finalités de l'éducation thérapeutique

Selon l'HAS, les finalités de l'éducation thérapeutique sont *«l'acquisition ainsi que le maintien par le patient de compétences d'autosoins et la mobilisation (ou l'acquisition de compétences d'adaptation).»*[57]

La première finalité tend à maintenir la vie du patient. Elle prend en compte les besoins particuliers des patients tout en les positionnant de façon prioritaire.

La seconde finalité s'appuie sur l'expérience du patient et s'inclut dans un ensemble d'aptitudes psychosociales.

Ces deux paramètres ne sont pas négligeables car ils participent à l'évaluation des besoins, de l'intention du patient et de son accord à la suggestion d'une éducation thérapeutique.

Ils s'appuient sur des compétences à acquérir et à maintenir de façon pérenne ainsi que sur des techniques adaptées et pédagogiques et l'évaluation.

d. La mise en oeuvre d'une ETP

D'après l'HAS, la mise en oeuvre d'une ETP repose sur quatre étapes :

1. «Élaborer un diagnostic éducatif;

2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage;

3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance;

4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement.»[58]

Cette démarche est entreprise dès lors que le patient donne son accord.

La première étape consiste à recueillir des données sur le patient, repérer ses besoins, ses expectations et sa réaction face à la suggestion d'une ETP.

De plus, elle vise à identifier ses ressources, établir des objectifs, connaître son style de vie,

[57] HAS (Haute Autorité de Santé), 2007, *Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation*, p.2, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

[58] HAS (Haute Autorité de Santé), *Guide parcours de soins : Diabète de type 2 de l'adulte*, p.45, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

considérer ses demandes...

La deuxième étape comprend l'adaptation du programme personnalisé en fixant des compétences avec le patient et les transmettre à l'équipe afin d'assurer un suivi.

La troisième phase consiste à mettre en oeuvre les sessions d'ETP à l'aide d'outils et dispositifs qui privilégient l'éducation du patient.
Ces dispositifs et outils sont multiples (questionnaires, entretiens individuels ou en groupe, jeux, ateliers, grilles d'autoévaluation...) et répondent aux capacités du patient.
Par exemple, le livre *Pratiques de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète* (2012) a illustré l'exemple du programme d'éducation thérapeutique du réseau Paris Diabète.
Ce réseau a conçu des outils suite à deux ateliers : une fiche d'autoévaluation pour apprendre à mieux vivre avec les traitements et un guide d'utilisation.
La fiche d'autoévaluation a repris les items suivants : l'équilibre glycémique, la connaissance et l'organisation du traitement, la surveillance et l'adaptation du traitement, la planification des examens en lien avec la maladie, la proposition de participer à d'autres ateliers et l'évaluation de la satisfaction.
Le patient devait ensuite garder un exemplaire et fournir deux autres à son médecin et au Réseau Diabète.

Pour finir, la quatrième étape évalue les connaissances du patient, sa compréhension de l'ETP, sa pratique et sa capacité d'adaptation.
Ce bilan contribue à proposer une autre approche d'ETP au patient tout en considérant les informations recueillies.

e. Traitements, mesures hygiéno-diététiques

Dans le cas du diabète de type 2, la pratique d'une activité physique régulière est préconisée afin de contrôler les facteurs de risque cardio-vasculaire tels que la glycémie, l'HTA, la

dyslipidémie, le surpoids et l'obésité.

De surcroît, elle permet de prévenir les complications.

L'activité physique fait référence aux loisirs, aux tâches ménagères, aux sports, aux déplacements, etc.

L'alimentation équilibrée et la perte de poids sont également préconisées dans le traitement du diabète de type 2.

En matière d'ETP auprès des personnes âgées de plus de 75 ans, l'HAS recommande de *«tenir compte du vieillissement physiologique, des pathologies associées, des conditions psychosociales et du degré d'autonomie.»*[59]

Elle souligne aussi le fait d'être vigilant vis-à-vis de la prescription des régimes limitatifs car ils peuvent entraîner une dénutrition.

Les patients âgés font face au risque de dénutrition et ce, à cause des *«modifications de l'appétit, de la diminution de l'activité physique ou de la présence d'un état dépressif qui exercent une influence négative sur la prise alimentaire.»*[60]

Enfin, les antidiabétiques font partie des traitements du diabète de type 2. Ils peuvent être prescrits sous forme de comprimés et si besoin, sous forme d'injection.

Le but du traitement reste la réduction du risque d'exacerbation de la pathologie et le maintien des normes glycémiques.

f. Repérer les complications

L'éducation thérapeutique met en place des procédés face aux aggravations que peut rencontrer le sujet atteint de DT2.

L'HAS informe les soignants sur les conduites à tenir en cas de baisse de l'acuité visuelle, de lésion du pied, d'événement cardio-vasculaire de type syndrome coronarien aigu, infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral.

---

[59] HAS (Haute Autorité de Santé), *Guide parcours de soins : Diabète de type 2 de l'adulte*, p.21, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

[60] HAS (Haute Autorité de Santé), *Guide parcours de soins : Diabète de type 2 de l'adulte*, p.21, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

Elle a également dressé une liste de comportements à ne pas adopter et/ou négliger :

- *«Banaliser la situation au risque de perdre l'occasion de motiver le patient;*
- *Dramatiser au risque d'effrayer le patient et de provoquer une réaction de déni;*
- *Négliger de prendre un avis spécialisé lorsqu'il existe un doute sur l'origine diabétique de la complication ou sur la conduite à tenir : apparition brutale d'une protéinurie, syndrome ou douleur neurologique atypiques, sténose carotidienne hyper serrée pouvant faire discuter une chirurgie, etc.;*
- *Faire baisser rapidement la glycémie chez les patients ayant un diabète très déséquilibré et une rétinopathie proliférante ou préproliférante : cela fait courir le risque d'une décompensation de la rétinopathie avec baisse de l'acuité visuelle;*
- *Négliger les mesures simples d'information et d'éducation sur les signes d'alerte et les modalités de recours aux soins en cas de survenue de complications graves.»*[61]

D'autre part, le soignant joue un rôle prépondérant dans l'ETP car il aide le patient à repérer les signes de sa maladie.

7. Relation soignant/soigné

a. Définitions

Il est primordial de définir chaque terme : relation, soignant et soigné.

Le site Infirmiers.com désigne la relation comme étant *«un nom féminin emprunté au latin relatio signifiant action de rapporter un fait, un témoignage et lien, rapport.»*[62]

D'une façon plus explicite, la relation est *«un lien qui met en rapport une personne à une autre.»*[63]

Pour compléter ces définitions, Alexandre MANOUKIAN définit la relation comme étant *«une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux*

---

[61] HAS (Haute Autorité de Santé), *Guide parcours de soins : Diabète de type 2 de l'adulte*, p.29, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf

[62] Infirmiers.com, Juin 2017, *Tout savoir sur la relation d'aide,* https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-tout-savoir-relation-aide.html

[63] Soins-infirmiers.com, Août 2019, *La relation soignant/soigné,* https://www.soins-infirmiers.com/ifsi/ue-1.1-psychologie-sociologie-anthropologie/relation-soignant-soigne

psychologies particulières et deux histoires.»[64]

La relation a également un aspect dynamique. En effet, elle n'est pas figée dans le temps mais évolue au fil des interactions.

Le mot «soignant» est tiré du verbe «soigner» qui vient du latin «soniare». Le terme «soniare»veut dire «s'occuper de».

Un soignant est reconnu pour prodiguer des soins. Les soins sont de nature préventives, curatives ou palliatives.

Le Code de Santé Publique classe les soignants en 3 groupes : les métiers médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux.

Parmi les professions médicales, nous trouvons les médecins, les odontologistes et les sages-femmes, les professions en lien avec la pharmacie comprennent les pharmaciens travaillant en ville et hospitaliers.

Les professions paramédicales sont plus larges car elles contiennent plus d'acteurs : *«infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens.»*[65]

Enfin, le terme «soigné» renvoie à un individu qui bénéficie des soins pratiqués par un soignant. Ces soins sont préventifs, curatifs ou palliatifs.

D'après la Faculté de Médecine de Constantine, le soigné peut être qualifié par plusieurs expressions : *«la personne soignée, le bénéficiaire de soins, le patient, le client, le sujet, l'actent et la patientèle.»*[66]

---

[64] MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., 2014, *La relation soignant-soigné*, 3ème édition, Lamarre, p.9

[65] Vie publique, Novembre 2021, *Qui sont les professionnels de santé ?,* https://www.vie-publique.fr/fiches/37855-categories-de-professionnels-de-sante-code-se-la-sante-publique

[66] Faculté de Médecine de Constantine, 2019, Cours 3, Relation soignant/soigné, Faculté de Médecine de Constantine, 2019, Cours 3, Relation soignant/soigné, http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf

Le terme patient provient du latin "patiens" qui désigne "qui supporte".

La patientèle a une consonance économique pour évoquer un ensemble de patient.

«Sujet» est un terme utilisé dans le cadre de la recherche médicale.

Le mot «actent» s'applique pour représenter un patient apte à être acteur de sa santé.

b. Les niveaux de la relation soignant/soigné

D'après l'auteur Louis Malabeuf, la relation soignant-soigné comporte quatre niveaux : la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de compréhension et la relation d'aide thérapeutique.

La relation de civilité est une *«relation qui intervient en dehors du soin et qui correspond au rituel social de reconnaissance de l'autre, qui fait partie des règles de civilité, et aux codes socio-culturels.»*[67]

Parmi les rituels, nous retrouvons la politesse, la courtoisie, le fait de saluer, le fait de se présenter, etc.

Par ailleurs, le fait de manquer ces pratiques peut révéler une discourtoisie, de l'orgueil, une insolence.

La relation fonctionnelle se caractérise par une démarche de recueil de données sur le patient. Cette démarche permet de le connaître et de guider sa prise en charge.

Les données exploitées sont les signes cliniques et paracliniques de la pathologie, les habitudes de vie, les données familiales et socio-professionnelles.

La relation de compréhension (ou de réassurance, de soutien) est une relation basée dès le départ sur l'écoute attentive. Elle a pour but pour de soutenir le patient de façon bienveillante. Pour ce faire, il suffit d'employer l'écoute active et la relativisation.

Enfin, la relation d'aide thérapeutique est un type de relation qui *«se met en place*

[67] Faculté de Médecine de Constantine, 2019, «Relation de civilité», *Relation soignant/soigné,* http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf

progressivement par l'instauration d'un climat de confiance dans le respect d'au moins deux préalables que sont : le temps minimum à consacrer au malade et, pour soi-même, un minimum de « disponibilité » psychologique.»[68]

Selon le psychologue humaniste Carl Rogers, la relation d'aide s'appuie sur quatre attitudes : l'empathie, l'écoute active, la congruence et le non jugement.

Elle permet de mobiliser les aptitudes du soignant afin d'aider le soigné.

En effet, il s'agit d'un soin relationnel car il permet d'aider les patients en difficulté à mettre en oeuvre les capacités nécessaires face à une situation.

Carl Rogers s'appuie cette idée en citant : *«Les personnes ont en elles de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière constructive leur façon d'être et de se comporter. Ces ressources deviennent disponibles et se réalisent au mieux dans une relation définissable par certaines qualités.»*[69]

c. Le soin relationnel

Le soin relationnel est défini comme étant un *«ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes, des paroles tant réalistes que symboliques qui sont proposés par un soignant, un accompagnant, à une personne en difficulté de santé. »*[70]

Le soignant se doit d'interagir avec le soigné afin de lui apporter des solutions adaptées face à ses problèmes de santé.

Pour ce faire, il dispose d'outils qui lui sont utiles pour les soins relationnels : la relation, la communication, le toucher, la négociation et la médiation.

---

[68] Faculté de Médecine de Constantine, 2019, «Relation d'aide thérapeutique», *Relation soignant/soigné,* http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf

[69] Anémone de Blicquy, *Approche centrée sur la personne,* https://www.psychocorporel-gestalt-meditation-strasbourg.com/approche-centree-sur-la-personne

[70] Salomé J., 1988, *Apprivoiser la tendresse*, Thonex,Suisse : Collection Jouvence

La communication est un élément essentiel dans les soins.

Elle détermine la qualité d'une relation entre le soignant et le patient ainsi que l'équipe soignante.

De surcroît, elle est utile durant toute la prise en charge du soignant (l'accueil, l'accompagnement psychologique, l'éducation thérapeutique...).

C'est pourquoi, le soignant doit être en mesure de comprendre ce qu'est la communication, faire preuve d'observation, mobiliser ses compétences personnelles et maîtriser les modes de communication (verbale et non verbale) ainsi que les postures.

Une bonne communication est essentielle afin de valoriser la personne en tant que telle et d'harmoniser les soins.

La Fondation MACSF a réalisé une enquête autour de la communication dans la relation patient-soignant. Il en est ressorti que les professionnels de santé *«soulignent que les relations patient-soignant se basent notamment sur l'écoute, le patient, la confiance, le respect, le temps ou encore le dialogue.»*[71]

Du côté des patients, ils remarquent que sont les points principaux de la relation sont *«la confiance, la communication, l'écoute, l'empathie, le temps ainsi que le respect.»*[72]

Le Dictionnaire Larousse définit le toucher de la façon suivante : *« Mettre la main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un pour apprécier son état, sa consistance, sa chaleur, etc… »*[73]

Il fait partie intégrante du soin et joue un rôle dans la communication non verbale. En effet, il est omniprésent dans les soins délivrés par les professionnels de santé (les aides-soignants, les infirmiers, les auxiliaires de puériculture...).

De plus, il implique de la proximité entre les individus tout en maintenant une distance thérapeutique.

---

[71] Infirmiers.com, Octobre 2014, La communication point fort de la relation patient-soignant, https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/communication-point-fort-relation-patient-soignant.html

[72] Infirmiers.com, Octobre 2014, La communication point fort de la relation patient-soignant, https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/communication-point-fort-relation-patient-soignant.html

[73] Dictionnaire Larousse, *Toucher*, https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627

Le toucher a des bénéfices non seulement pour le soigné et aussi pour le soignant.

Le site Espace soignant a relevé des bénéfices pour le soigné et le soignant.

Parmi les avantages de la personne soignée, le toucher permet de *«prévenir ou soulager la douleur, faciliter le vécu de la lourdeur des soins, améliorer l'estime de soi...»*[74].

Quant au soignant, le toucher facilite *«la dispensation des soins, initie ou enrichit une relation d'aide, évalue, prévient ou soulage la douleur.»*[75]

Selon le spécialiste de l'économie Christophe Dupont, la négociation est une *«rencontre entre des acteurs qui veulent régler leurs divergences par un arrangement.»*[76]

Le but est de prendre en compte la personne soignée dans sa personnalité, favoriser le respect de cette personne, trouver un arrangement convenable pour les deux parties.

En somme, il s'agit d'un principe fondamental dans la relation soignant-soigné.

La négociation se rencontre dans le cadre des soins. Par exemple, face à un refus de soins de la part du soignée.

Elle peut-être réalisée auprès de la personne soignée, son entourage ou entre les professionnels qui garantissent la prise en charge du soigné.

«Médiation» vient du nom latin « mediatio » qui signifie «être au milieu».

Il s'agit d'un processus amiable qui implique la présence d'un tiers au sein d'une relation duelle afin de résoudre des conflits et éviter la confrontation.

La démarche est d'établir ou rétablir la communication.

Elle se bâtie dans l'échange, dans un cadre précis.

La tierce personne se doit d'être neutre, distanciée, capable de suivre une déontologie et de faire preuve de réflexion.

---

[74] Espace soignant, Août 2019, *Le toucher dans le soin,* https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/toucher-dans-le-soin

[75] Espace soignant, Août 2019, *Le toucher dans le soin,* https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/toucher-dans-le-soin

[76] Edzard-Karolyi Angelica, 1982, «Christophe Dupont. La négociation, conduite, théorie, applications», *Politique étrangère*, p. 1048

Le climat de confiance, la confiance en soi et l'autre favorisent une bonne pratique des soins relationnels.
Pour ce faire, cela nécessite une compréhension efficiente des différents concepts.

V. L'enquête exploratoire

a. Choix de l'enquête

Le type d'entretien est semi-directif car il permet d'obtenir des données qualitatives et permet aux enquêtés de s'exprimer librement.
Un enregistrement est envisageable à condition d'obtenir la permission des enquêtés.

b. Choix de la population

J'envisage de questionner quatre infirmiers qui exercent en SSR afin d'évaluer la mise en place d'une éducation thérapeutique à partir de leurs connaissances sur le diabète de type 2.

c. Lieux

Les entretiens se tiendront si possible sur le terrain. Cependant, dans le cadre de la crise liée au COVID-19, elles peuvent avoir lieu par téléphone.
Une autre technique est prévue : celle d'approcher des IDE en SSR via Linkedin. Il s'agit d'un réseau social qui regroupe des professionnels et qui permet d'interagir plus facilement.
De plus, il existe un site internet qui se nomme Fiches IDE. Ce site contient un onglet où sont renseignés les coordonnées des infirmiers qui acceptent de réaliser des entretiens.
L'approche serait de proposer s'ils souhaitent participer à l'enquête et mettre en place un entretien téléphonique dans le cas où certains vivent hors de l'Île-de-France.

d. Outil

L'outil est un guide d'entretien qui comportera au moins 10 questions notamment des questions ouvertes.

Le contenu portera essentiellement sur la prise en charge d'un patient diabétique de type 2 : l'observance des traitements, les obstacles rencontrés durant le suivi, les réajustements et les stratégies thérapeutiques.

Les données obtenues permettront de repérer des mots-clés en lien avec la thématique et d'apprécier les points de vus des différents professionnels.

VI. L'analyse des résultats de l'enquête exploratoire

Lors de la réalisation de l'enquête, nous avons dû modifier la population choisie. En effet, nous avons rencontré des obstacles car nous n'avons trouvé suffisamment d'infirmiers qui exercent en SSR.

En outre, nous nous sommes rendu compte que l'éducation thérapeutique ne concerne pas uniquement les infirmiers en SSR mais aussi ceux qui exercent dans d'autres services.

Durant certains entretiens, nous avons rencontré des difficultés.

Par exemple, le premier entretien (l'IDE A) a eu lieu dans la salle des transmissions. Par conséquent, l'interview a été interrompue à plusieurs reprises, des soignantes se sont installées afin de tracer leurs transmissions, l'une des infirmières du service est intervenue durant la conversation, l'enquêtée a dû se déplacer afin de fournir du matériel à sa collègue. Le téléphone du service avait également sonné donc l'enquêtée a dû répondre.

De plus, le principe de l'entretien semi-directif n'a pas été respecté car l'IDE enquêtée s'était emparée du guide d'entretien en pensant qu'il s'agissait d'un questionnaire.

Concernant le quatrième entretien (IDE D), l'expérience professionnelle en matière d'éducation thérapeutique a plus été basée sur le diabète chez un sujet jeune que chez un sujet

âgé.

Cet élément diffère avec le thème de ce travail qui tourne autour du patient âgé.

Le talon identitaire :

IDE	Service	Année de Diplôme	Ancienneté dans le service
A	SSR	2000	3 ans
B	Post réanimation	2020	4 semaines
C	Diabétologie	2016	6 ans
D	Santé au travail	2018	3 ans

Les personnes interviewées sont toutes des femmes, âgées entre 23 ans et 50 ans (IDE A : 50 ans, IDE B : 23 ans, IDE C : 28 ans et IDE D : 28 ans).

Ces femmes ont des parcours très variés (cf tableau ci-dessus et les retranscriptions).

Elles ont accepté de participer à l'enquête suite à des prises de contact (appels dans le service, courriels, connaissances...).

L'analyse des questions :

Thèmes	Questions	IDE A	IDE B	IDE C	IDE D
Le diabète de type 2	Prise en charge des patients atteints du diabète de type 2	Oui	Oui	Oui	Oui
L'inobservance thérapeutique	Confrontation à une situation où le patient était inobservant face à ses traitements et/ou son hygiène de vie et les actions mises en place.	Situation déjà rencontrée. - Installer un climat de confiance entre le patient et les professionnels (le médecin diabétologue	Situation déjà rencontrée. Actions mises en place : - Élaboration d'un petit programme où le patient devait cocher ce qu'il trouvait bon, ce qu'il ne trouvait pas bon à manger ;	Situation déjà rencontrée. - Réexpliquer les risques, l'alimentation à adopter ; - Sensibiliser sur l'activité physique ;	Situation déjà rencontrée. - Éduquer le patient sur son hygiène de vie, son traitement ; - S'adapter au langage du

		référent, les infirmières ...)	- Réapprendre au patient l'importance d'une bonne hygiène de vie, les risques du diabète, l'alimentation; - Négocier avec le patient par exemple lui proposer une brique de jus en échange de la prise de la glycémie.	- Comprendre les raisons qui poussent les patients à être inobservant.	sujet ; - Surveiller le cahier qu'il devait remplir (les prises, les glycémies, etc.); - S'assurer que le protocole du médecin soit ajusté.
L'éducation thérapeutique	Les moyens que l'IDE dispose pour mettre en place une éducation thérapeutique	- Mise en place d'un programme individualisé, en s'adaptant au patient ; - Possibilité d'exercer une activité physique au sein du service ; - Groupes de parole (hors temps COVID)	- Présence d'un dossier sur le diabète (type 1 ou type 2), distribué dès l'arrivée du patient. - Questionnaire fourni afin d'évaluer les connaissances du patient sur la pathologie; - Mise au point sur les lacunes, les acquis, consolider les connaissances.	- Groupe de paroles avec des patients du service (explications des complications, des contraintes, retour sur les expériences, temps de questions/réponses) ; - Des posters	Éducation thérapeutique auprès de la famille (gestes au niveau des insulines, la glycémie capillaire)

			- Mise en place d'un «atelier diabéto'» : atelier avec des patients atteints du diabète dans le but de les aider à réajuster leur style de vie (dans l'ancien service de l'IDE) ; - Ateliers olfactifs dans le but de permettre aux patients de découvrir d'autres saveurs compatibles avec leur diabète; - Des quiz.	avec des dessins sur la plaie du pied, l'importance de l'hygiène des pieds, les différentes complications du diabète; - Des lecteurs de glycémie afin de permettre aux patients de les choisir; - Des prospectus des prestataires sur l'hypoglycémie, l'hyperglycémie , le voyage, l'alcool; - Dans le service d'hospitalisation de semaine : jeux de cartes; - Possibilité	

				d'envoyer les patients aux ateliers thérapeutiques avec des patients de l'hospitalisation en semaine; - Apprendre aux patients à s'injecter leur insuline, à se gérer pour qu'ils soient le plus autonome possible.	
	Sollicitation d'autres professionnels ou des personnes ressources	- Les médecins ; - Les diététiciens ; - Le groupe institutionnel dans le cadre d'une préparation au retour à domicile ; - Si HAD : rencontre avec les	- Les médecins ; - Les diététiciens ; - Les aides-soignants ; - Les collègues infirmiers ; - La famille	- Les médecins ; - La diététicienne ; - La psychologue ; - Les collègues infirmiers ; - La famille	N'a pas eu à contacter de professionnels en particulier mais a collaboré avec la famille.

		coordinateurs de l'HAD, création d'un partenariat avec l'infirmière à domicile ; - Mise en place des chaussures adaptées avec l'ergothérapeute ; - Mise à jour de l'ergonomie à domicile			
Divers	Des éléments supplémentaires à rajouter	L'IDE A a abordé la notion d'esthétique chez les patients diabétiques. Elle a pris l'exemple des capteurs «Freestyle» qui peuvent être visibles, les ponctions suite aux piqûres d'insuline. Elle a également parlé des normes qui ne sont pas forcément respectées sur le	L'IDE B est revenue sur la prise en charge des patients diabétiques en appuyant sur le fait qu'elle doit être globale et ne pas se baser uniquement sur la mesure de la glycémie, l'injection de l'insuline et l'administration des traitements. Le soignant doit réaliser la globalité de cette prise en charge en prenant en	L'IDE C a constaté que beaucoup de soignants ne sont pas formés sur le diabète alors qu'ils sont à même à rencontrer des patients diabétiques au sein des services. Par conséquent, ils n'agissent pas de la bonne manière et/ou ne consultent pas les professionnels	L'IDE D a parlé du fait d'adapter l'ETP en fonction du patient malgré les protocoles qui expliquent la façon dont il faut prendre en charge un patient atteint d'une pathologie. Par exemple, elle a dit que l'ETP chez un enfant est différente chez un

		terrain (prendre en charge le patient diabétique en tenant compte de ce qu'il représente).	compte le vécu du patient, ses envies, ses frustrations. Il est nécessaire de prendre un temps avec le patient, en dehors des soins afin qu'il se rende compte du fait qu'il est considéré en tant que personne. Elle a également abordé la non application des normes sur le terrain en prenant l'exemple de l'attachement.	compétents. Elle a aussi mentionné la complexité de l'ETP chez des patients qui n'appliquent pas les recommandations des professionnels.	sujet âgé. En conséquence, il est essentiel de ne pas rester «protocolaire» voire «scolaire» mais de s'adapter à la personne.

De ces recherches, il en ressort que chaque IDE a apporté des éléments en lien avec leur parcours et l'approche qu'elles ont eu avec le diabète de type 2.

Le diabète de type 2 :

Toutes les infirmières affirment avoir déjà pris en charge un patient atteint de diabète de type 2 durant leur parcours.

L'inobservance :

Toutes les personnes interviewées ont déjà été confrontées à une situation où le patient était inobservant.

Quant aux actions mises en place, elles sont diverses et variées. En effet, chacune a entrepris à sa façon : favoriser un climat de confiance avec les professionnels, surveiller le protocole, connaître l'élément déclencheur qui a poussé le patient à être inobservant, mise en place d'un programme autour des goûts du patient.

Par ailleurs, le point commun est la communication. Elle reste un élément phare dans la prise en charge d'un patient.

Nous l'avons souligné dans le cadre de références à travers l'exemple de l'enquête de la MACSF sur la communication dans la relation soignant/soigné (*l'écoute, le patient, la confiance, le respect, le temps ou encore le dialogue)* et les propos du Dr Brigitte SANDRIN à propos des principes fondamentaux de l'ETP des pathologies chroniques *(éviter les contre-attitudes médicales, qui relèvent du «blame de la victime», instaurer une relation d'adulte à adulte, d'équivalence avec le patient et de respect).*

De plus, les IDE ont agi conformément à l'article L4311-1 du Code de Santé Publique.

L'éducation thérapeutique :

La question autour des moyens a pour but de savoir si les IDE et leurs services disposent de supports qui favorisent l'éducation des patients inobservants.

Parmi les réponses recueillies, trois IDE ont pu mobiliser ces moyens à travers des groupes de parole, des ateliers, des supports de type posters, prospectus, des jeux de cartes, des quiz ainsi que des questionnaires.

Concernant les groupes de parole, les IDE A, B et C ont reconnu l'avoir pratiqué au sein de

leur service.

Ces groupes permettent aux patients d'échanger entre pairs, revenir sur leurs expériences, partager des astuces, etc.

Ils permettent ainsi d'attirer les participants autour d'une thématique.

L'IDE B a parlé des ateliers olfactifs qui permettent aux patients de tester d'autres saveurs.

Cette IDE travaille dans un établissement qui dispose non seulement de temps mais aussi de moyens pour mettre en place ce genre d'ateliers.

Cette même IDE a aussi énoncé que l'aspect ludique peut jouer sur la compliance du patient vis-à-vis de l'ETP.

Quant à l'IDE D, elle ne dispose pas d'outils en particulier étant donné qu'elle se rendait chez ce patient en tant qu'intérimaire.

L'IDE C exerce en diabétologie et possède plus de dispositifs pour assurer une ETP exhaustive.

Par exemple, son service met à disposition des patients des lecteurs de glycémie afin qu'ils prennent connaissance du fonctionnement, il fait appel à des prestataires, il travaille en collaboration avec le service d'hospitalisation en semaine, il sensibilise sur la plaie du pied diabétique à travers des dessins, etc.

Par conséquent, nous pouvons nous demander si un service de diabétologie et un établissement ayant des moyens financiers et humain sont en mesure de proposer plus d'options en matière d'ETP.

La question autour de la sollicitation d'autres professionnels et des personnes ressources a permis de souligner que l'IDE travaille en équipe.

Pour les IDE A, B et C, les professionnels qui reviennent le plus sont les médecins, les diététiciens, les pairs et la famille.

De plus, d'autres spécialistes peuvent intervenir tels que les psychologues, les aides-soignants, les ergothérapeutes, les professionnels de l'HAD...

Ce travail d'équipe permet à chaque professionnel de mobiliser son champ de compétences et ce, peu importe la branche (médicale, paramédicale).

Quant à l'IDE D, elle a avoué ne pas avoir sollicité de professionnels mais a su coopérer avec la famille du patient qui était suffisamment informée. Ce patient était également suivi en hôpital de jour.

En ce qui concerne la famille, chaque interviewée a su défendre le fait qu'elle ait une place importante dans la prise en charge du patient car elle joue un rôle dans celle-ci.

À titre d'exemple, l'IDE C a parlé des patients qui présentent une barrière linguistique. Lorsqu'il s'avère compliqué de communiquer avec ces patients, la famille peut intervenir en tant que médiateur entre le soigné et les soignants.

Divers :

La dernière question a permis aux interviewées d'ajouter des points qui ont peu ou n'ont pas été suffisamment abordés lors des questions précédentes.

Les thèmes qui sont revenus sont l'esthétique voire l'image de soi, l'ETP personnalisée, le manque de formation des soignants et la complexité d'une ETP chez un patient diabétique.

Les infirmières questionnées l'ont toutes mentionné, l'ETP doit être adaptée en fonction de chaque patient.

Effectivement, elles ont mis l'accent sur l'âge du patient, sa personnalité, ses goûts, son vécu et le vocabulaire à employer et le dynamisme.

Certes, l'éducation thérapeutique est une notion bien définie mais elle doit être réévaluée en permanence.

Finalement, ces retours sont en corrélation avec l'approche global du patient d'Alain Moreau (cf partie Education thérapeutique).

Bien qu'il existe des procédures dans chaque service, il est important d'adapter l'accompagnement et de maintenir la motivation du patient.

Concernant l'esthétique, des IDE A et C l'ont particulièrement abordé au vu de leurs expériences.

Dans le cas de l'IDE A, elle a dû rencontrer cette problématique plusieurs fois étant donné qu'elle a déjà eu une approche avec le DT2 durant ses études et sa carrière professionnelle.
En outre, étant diplômée depuis 22 ans, elle a attesté l'évolution de la prise en charge du patient atteint de DT2 notamment au niveau de l'apparition des capteurs et des pompes.
Quand à l'IDE C, elle a pu prendre en compte non seulement les difficultés des patients sous pompe à insuline notamment lors des rapports intimes, mais aussi, le poids du regard des autres face au port du capteur.
Au vu de leurs expériences, elles sont donc plus à même à pouvoir conseiller les patients.
Cette idée rejoint étroitement la dimension biopsychosociale qui apparaît dans la partie «Pathologie chronique» du cadre de références.

Assurément, le patient peut avoir des difficultés à s'adapter à son environnement et son entourage à cause de sa pathologie qui représente un frein.

Pour revenir sur les propos de l'IDE B en ce qui concerne la formation des soignants, nous pouvons lier cela à des notions qui n'apparaissent pas dans le cadre de références. Il s'agit du cure et du care. Le cure fait référence à la maladie qu'il faut traiter tandis que le care représente le soin, le fait de se préoccuper de l'autre.
L'IDE C a relevé cette carence suite à des événements rencontrés sur les plans professionnel et personnel.
Nous pouvons nous demander si les établissements en général proposent des formations autour du diabète et de la prise en charge, si des prestataires ou des professionnels diabétologues ont la possibilité de se rendre dans ces services pour
favoriser l'amélioration des pratiques.

Enfin, la complexité de l'ETP chez un patient diabétique peut relever de son envie à suivre sa prise en charge, son humeur et des raisons qui lui sont propres.
Comme l'a évoquée l'IDE A lors de l'entretien, une pathologie chronique peut entraîner une

baisse de l'observance. De ce fait, le patient n'a pas toujours envie de suivre les recommandations, les entend mais n'y adhère pas où les adapte à sa manière.
L'IDE C a témoigné le fait que certains patients ne suivent pas les recommandations et d'autres ne maîtrisent pas la langue française.
D'autre part, certains patients peuvent manifester du refus lors des soins, ce qui a été le cas de l'IDE B.
Face à ce genre de situations, le soignant peut se sentir démuni.
Nous pouvons encore une fois, appuyer l'idée d'une éventuelle formation.

En somme, cette enquête a permis d'explorer différentes approches ainsi que des points de vue qui pour la plupart, sont assez similaires.

VII. La problématique

VII.I La synthèse

Suite à l'analyse des données, plusieurs éléments ont été ressortis.
L'enquête a démontré que l'IDE doit être en mesure de communiquer avec le patient face à son inobservance.
En outre, il peut mettre en place des outils afin d'enrichir l'éducation et sensibiliser le patient sur son état de santé.

L'objectif de chaque professionnel reste le même : s'assurer que le patient soit observant et autonome.
Cependant, l'ETP implique une adaptation centrée sur ce dernier.
Pour ce faire, il est nécessaire de ne pas rester «scolaire» mais de prendre en compte son histoire, les raisons de son inobservance, ses habitudes de vie, la façon dont il vit la situation pour ne pas rester figé sur la maladie mais considérer la personne en tant que telle.
Si nous nous référons au modèle d'Elisabeth Kübler-Ross, tous les patients n'ont pas

forcément atteints le stade de l'acceptation.
Par conséquent, les principes exposés par les docteurs Moreau et Sandrin (cf partie Education thérapeutique) ne sont pas négligeables.
Ensuite, la formation des soignants démontre que le soignant joue un rôle majeur dans l'accompagnement et qu'il doit user des savoirs faire et être.
À cet effet, elle reste un point essentiel dans la pratique du soignant que dans la cohérence des soins.

En dehors du corps soignant, la famille joue un rôle dans l'ETP. En effet, elle fait partie des acteurs qui environnent le patient et se positionne en tant que médiateur entre le proche et les soignants.

Enfin, l'image corporelle est un point inattendu mais intéressant car il se rapporte non seulement à l'estime de soi mais aussi au regard des autres.
Comme nous l'avons vu dans la partie «Personne âgée», le vieillissement entraîne un déclin chez le sujet.
C'est pourquoi, il peut avoir des difficultés à s'apprécier et à s'estimer.
Dans le contexte du diabète, il peut se sentir différent des autres voire déviant à cause des points de ponction liés aux injections, la visibilité du capteur...

Cette enquête a relevé des aspects riches de ce qu'est la prise en charge du patient diabétique de type 2.
Ils se joignent à ce que nous avons pu explorer dans le cadre de références.

VIII.II La question de recherche

Les données recueillies ont conduit à poser la question suivante : *«Comment mettre en place une éducation thérapeutique adaptée et personnalisée chez un patient inobservant et atteint de DT2 ?»*

VII.III Les hypothèses de recherche

Suite à l'énonciation de la question de recherche, les hypothèses pour y répondre sont les suivantes :

- Nous pouvons supposer que le soignant investigue au préalable auprès du patient afin de connaître les motifs de son inobservance, ses représentations de la pathologie, sa personnalité, ses besoins tout en tenant compte de son âge ;
- Nous supposons qu'en fonction de l'évaluation des données recueillies, le soignant peut faire en sorte que l'éducation thérapeutique corresponde au patient ;
- Nous pouvons supposer que la formation et la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et l'entourage peuvent participer à l'adaptation de l'éducation thérapeutique.

IX. La conclusion

Pour conclure ce travail, je constate que l'éducation thérapeutique est un concept vaste notamment lorsqu'il s'agit d'une pathologie chronique.
Bien qu'elle soit définie dans le Code de Santé Publique et l'HAS, elle prend véritablement forme sur le terrain.

Les résultats obtenus lors de l'enquête ont montré que l'éducation thérapeutique auprès du patient diabétique ne se résume pas simplement à suivre un protocole, réaliser des actes prescrits : elle comprend chaque dimension du patient.
En effet, avant d'être affecté par la maladie, le patient est avant tout une personne.
C'est pourquoi, le soignant ne doit pas se baser que sur la technique mais il doit considérer la singularité du patient.
De plus, il doit être formé sur la pathologie afin de ne pas nuire à la santé du sujet.

Concernant les pistes de réflexion, nous pouvons réfléchir sur la mise en place d'une ETP à partir d'un cas concret et évaluer les tenants et les aboutissants.

Ce mémoire m'a permis d'en apprendre davantage sur les différents concepts et de faire le lien entre eux.
En outre, les entretiens ont enrichi le projet et ont apporté un élargissement sur le thème.

X. La bibliographie

OUVRAGES :

- MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., 2014, *La relation soignant-soigné*, 3ème édition, Lamarre, p.9
- Christina Doré, *L'estime de soi : analyse de concept*, tiré de Recherche en soins infirmiers 2017/2 (N°129), pages 18 à 26
- Edzard-Karolyi Angelica, 1982, «Christophe Dupont. La négociation, conduite, théorie, applications», *Politique étrangère*, p. 1048
- Salomé J., 1988, *Apprivoiser la tendresse*, Thonex,Suisse : Collection Jouvence
- Anne LACROIX, Jean-Philippe ASSAL, 2011, *L'éducation thérapeutique des patients : accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*, édition Maloine, p.11, 57
- D.Simon, P-Y TRAYNARD, F. BOURDILLON, R.GAGNAYRE, A.GRIAMALDI, 2009*, Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques,* édition Masson, p.3, 73
- Gérard REACH, 2009, *Psychotropes,* Vol. 15, édition De Boeck, p.71
- A. Grimaldi, A. Hartemann-Heurtier, S.Jacqueminet, F.Bosquet, N.Massebboeuf, M.Halbron, C.Sachon, 2009, *Guide pratique du diabète*, 4e édition, édition Masson, p.36

PERIODIQUES :

- Anne Berquin, *Le modèle psychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie*, Revue Médicale Suisse, 2010, 6 : 1511-3
- L'Infirmière Magazine, 15 mars 2014, *L'éducation thérapeutique du patient diabétique*, N°341, p.34

DICTIONNAIRES :

- Dictionnaire Larousse, *Toucher*, https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627
- Dictionnaire Larousse, *Volonté*, https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/volont%C3%A9/82476

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

- Legifrance.gouv, Juillet 2009, *Code de la santé publique - Article L4311-1*, https://www.legifrance.gouv.fr

- Légifrance.gouv, 2020, *Code de la santé publique - Article L1161-1*, https://www.legifrance.gouv.fr
- Legifrance.gouv.fr, 2018, *Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique,* https://www.legifrance.gouv.fr
- Legifrance.gouv.fr, 2012, Article. 2, *Loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie*, https://www.legifrance.gouv.fr

SITES INTERNET :

- Vidal, Mars 2020, *Acidocétose diabétique,* https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/acidocetose-diabetique.
- Fédération Française des Diabétiques, *Qu'est-ce que le diabète ?,* https://www.federationdesdiabetiques.org
- Vidal, 2020, «Qu'est-ce que le pancréas ?», *Cancer du pancréas,* https://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-pancreas.
- Centre Européen d'Étude du Diabète, 2021, *Les chiffres du Diabète,* http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/
- Fédération Française des Diabétiques, *L'athérosclérose diabétique : un mécanisme à part,* https://www.federationdesdiabetiques.org/information/recherche-innovations-diabete/actualites/latherosclerose-diabetique-un-mecanisme-a-part
- Fédération des diabétiques, L'HBA1c ou Hémoglobine glyquée, https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c
- Pratiques optimales de l'AVC, *Prise en charge du diabète et de l'AVC,* https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prevention-secondaire-de-lavc-/diabete-et-avc
- Diabète Québec, Septembre 2020, *Les maladies cardiovasculaires*, https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/complications/diabete-et-maladies-cardiovasculaires/
- Santé Publique France, 10 novembre 2021, *Le diabète en France : les chiffres 2020,* https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020
- Organisation Mondiale de la Santé, *Démence*, 2 septembre 2021, https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia
- Hélène Paoli, 2008, Démences des personnes âgées, https://www.infirmiers.com/pdf/cours-en-vrac/Demences-personnes-agees.pdf
- Université Médicale Virtuelle Francophone, 2009, *Autonomie et dépendance*, http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf
- Infirmiers.com, Juin 2017, *Tout savoir sur la relation d'aide,* https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-tout-savoir-relation-aide.html
- Soins-infirmiers.com, Août 2019, *La relation soignant/soigné,* https://www.soins-

infirmiers.com/ifsi/ue-1.1-psychologie-sociologie-anthropologie/relation-soignant-soigne

- Espace soignant, Août 2019, *Le toucher dans le soin,* https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/toucher-dans-le-soin
- Infirmiers.com, Octobre 2014, La communication point fort de la relation patient-soignant, https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/communication-point-fort-relation-patient-soignant.html
- Vie publique, Novembre 2021, *Qui sont les professionnels de santé ?,* https://www.vie-publique.fr/fiches/37855-categories-de-professionnels-de-sante-code-se-la-sante-publique
- Infirmiers.com, 24 septembre 2019, *Qu'est-ce qu'une personne âgée ?*, https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/qu-est-ce-qu-une-personne-agee.html
- Anémone de Blicquy, *Approche centrée sur la personne,* https://www.psychocorporel-gestalt-meditation-strasbourg.com/approche-centree-sur-la-personne
- Haute Autorité de Santé, Mars 2015, *Note méthodologique et de synthèse documentaire :Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
- Unithèque.com, La *personne âgée*, p.2, 4 et 13, 21 https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/Autre/SZKC-9782294743597.pdf
- Haut Conseil de la santé publique, Novembre 2009, *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*, p.17, https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=94
- Organisation mondiale de la Santé, 13 avril 2021, *Diabète,* https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
- Diabète Québec, Janvier 2019, «Comprendre le diabète - Complications», *La néphropathie,* https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/complications/la-nephropathie/
- Centre National d'Enseignement à Distance, *Séquence 1 Glycémie et Diabète,* https://www.academia.edu
- Pour les personnes âgées, Janvier 2022, *L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA),* https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes, *Théorie de la gestion du changement - Sommaire - Modèle de Kübler-Ross*, https://www.cymha.ca/resource-hub-files/t_change_modele_de_kubler_ross.pdf
- Alfred Künzler, Judith Alder, Roberto Brioschi, Regine Strittmatter, 2011, *Prise en charge psychologique des personnes atteintes d'une maladie physique chronique*, https://a-jour-asp.ch/article/view/1367/1729
- Inserm, 2019, *Dépression : Mieux la comprendre pour la guérir durablement,* https://www.inserm.fr/dossier/depression/

- Dictionary, 2021, *Qu'est-ce qui explique le vieillissement de la population ?*, https://dictionary.tn/quest-ce-qui-explique-le-vieillissement-de-la-population/
- Infirmiers.com, 2015, *Favoriser l'observance thérapeutique*, https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/favoriser-observance-therapeutique.html

AUTRES SOURCES DE DOCUMENTATION :

- Le GHI (Groupe Hospitalier Intercommunal) Le Raincy-Montfermeil, Fiche de poste IDE SSR, https://www.ch-montfermeil.fr/sites/default/files/mediatheque/infirmier_-_ssr.pdf, 17/07/2015
- Faculté de Médecine de Constantine, 2019, Cours 3, *Relation soignant/soigné,* http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf
- HAS (Haute Autorité de Santé), 2007, *Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation*, p.2, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- HAS (Haute Autorité de Santé), *Guide parcours de soins : Diabète de type 2 de l'adulte*, p.21, 29, 45, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf
- Sorbonne Université, Département de Médecine générale, Avril 2020, *Modèle transthéorique du changement*, https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/06/Mode%CC%80le-tranthe%CC%81orique-du-changement.pdf
- MOREAU A. , N. KELLOU, I. SUPPER, Marion L-B, Corinne P. , Christian D., *L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2,* 2013, Exercer, Volume 24, N°110 , p.269-270

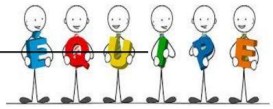
XI. Les annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Annexe 2 : Le tableau du guide d'entretien semi directif

Annexe 3 : Les retranscriptions des entretiens

Annexe 1



Guide d'entretien IDE

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je tiens à aborder l'éducation thérapeutique d'un patient âgé atteint d'un diabète de type 2.
Il s'agit d'une thématique à laquelle j'ai fait face lors d'un stage en deuxième année.
L'entretien doit être de préférence **enregistré**.
Les réponses obtenues feront l'objet d'une partie qui figurera dans mon travail de recherche.

1) Sexe : ☐ M ☐ F

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
☐ 20/30 ans ☐ 30/40 ans ☐ 40/50 ans ☐ Plus de 50 ans

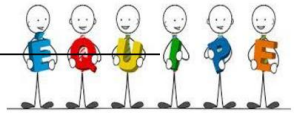
3) Depuis quand êtes-vous diplômé ?

4) Combien d'années d'expérience possédez-vous ?

5) Quel est votre parcours professionnel ?

6) Avez-vous déjà pris en charge des patients atteints du diabète de type 2 ?

7) Avez-vous déjà été confronté à une situation où le patient était inobservant face à ses traitements et/ou son hygiène de vie ? Et qu'aviez-vous mis en place ?



8) Quels sont les moyens (supports, groupe de parole, service externe...) dont vous disposez pour mettre en place une éducation thérapeutique envers ce type de patient ?

9) Face à ce genre de situation, faîtes-vous appel à d'autres professionnels ou à des personnes ressources ?

10) Avez-vous d'autres éléments que vous souhaiteriez rajouter ?

Merci pour votre participation !

Annexe 2

Thème	Question	Bien fondé	A priori	A postériori
Le diabète de type 2	Avez-vous déjà pris en charge des patients atteints du diabète de type 2 ?	Voir si les IDE ont déjà pris en charge des patients atteints du diabète de type 2	- Oui : le déroulement - Autre	Textes des personnes interviewées
L'inobservance thérapeutique	Avez-vous déjà été confronté à une situation où le patient était inobservant face à ses traitements et/ou son hygiène de vie ? Et qu'aviez-vous mis en place ?	Voir si les IDE ont déjà rencontré ce genre de situation et connaître les actions mis en place.	- Situation déjà rencontrée : mise en place d'une éducation thérapeutique selon les ressources de l'IDE (évaluation des connaissances du patient, explication de l'importance d'être observant, éducation du patient par rapport à la prise des traitements/ de l'adaptation de l'hygiène de vie) - Autre	Textes des personnes interviewées
L'éducation thérapeutique	Quels sont les moyens (supports, groupe de parole, service externe...) dont vous disposez pour mettre en place une éducation thérapeutique envers ce type de patient ?	Savoir si les IDE et les services disposent de supports qui permettent d'éduquer les patients inobservants, permettant d'accompagner ce type de patient	- Instauration d'un support permettant d'élaborer un suivi, entretiens individuels - Autre	Textes des personnes interviewées
	Face à ce genre de situation, faîtes-vous appel à	Savoir s'il existe un service ou un comité dédié à l'ETP, si	- Possibilité d'intégrer la famille dans l'ETP (sensibilisation...)	Textes des personnes interviewées

	d'autres professionnels ou à des personnes ressources ?	l'entourage participe à l'ETP	- Existence d'un service ou un comité dédié à l'ETP - Autre	
Divers	Avez-vous d'autres éléments que vous souhaiteriez rajouter ?	Voir si les IDE ont d'autres éléments à rajouter	- Autre	Textes des personnes interviewées

Annexe 3

NB : Les entretiens ont été retranscrit de sorte à se rapprocher de la réalité.

Entretien n°1- IDE A :

L'étudiante : « Bonjour, je m'appelle AB, je suis une étudiante de 3ème année en soins infirmiers.

L'IDE : - Bonjour, je suis EC, infirmière en SSR gériatrique.

L'étudiante : - Je viens réaliser un entretien pour mon mémoire de fin d'étude. Est-ce que cela vous dérange si j'enregistre ?

L'IDE : - Non, il n'y a pas de problème.

L'étudiante active le dictaphone du téléphone et sort le guide d'entretien.

L'étudiante : C'est bon.

L'IDE regarde le guide d'entretien

L'IDE : - Alors, donc euh je suis une femme, infirmière euh dans la tranche ... bah il manque une tranche euh. Moi j'ai 40 à 50 ans **(rires)**

L'étudiante : - Ah ok, 40 à 50 ans

L'IDE : - Oui voilà. Bon j'ai mis 30 à 40 ans mais bon voilà. Et je suis diplômée depuis 22 ans.

L'étudiante : - Ah 22 ans déjà.

L'IDE : - Ah bien oui ça passe vite **(rires)**

L'étudiante : - Oui en effet.

L'IDE : (Elle lit la question «Combien d'années d'expérience possédez-vous ?»)
- Euuh 22 ans **(rires)**. Je ne me suis jamais arrêtée.
Euh parcours professionnel bien bien ... j'en suis à mon dixième poste. Donc euh 22 ans, donc euh.

L'étudiante : - D'accord, quels postes aviez-vous occupé ?

L'IDE : - Alors du soins palliatifs, du soins spécialisés, pas mal de SSR euh, du soins euh VIH, des patients en état végétatif chronique...

L'étudiante : - Hmm hmm.

L'IDE : - De lymphologie, de la cancéro, de la chirurgie bariatrique, voilà.

L'étudiante : - D'accord, c'est intéressant, super ça fait un long panel
L'IDE : - Ouais ouais non ouais ouais. Mais souvent, très souvent en soins de suite

L'étudiante : - D'accord en soins de suite. C'est ce qui vous a le plus plu euh ?

L'IDE : - Bah c'était un peu euh, un peu un choix. C'est un choix de ma part parce que les durées de séjours sont pas trop longs, pas trop courtes donc euh voilà. Je suis pas, je suis pas quelqu'un qui est faite pour les urgences. Quand il y en a sur le terrain, il n'y a pas de souci mais euh courir ... non non c'était pas mon truc.

L'étudiante : - Bien sûr, je suis pareille que vous **(rires)**

L'IDE : - Voilà donc c'est un choix euh j'ai préféré les patients adultes euh voire euh. Et c'est un choix aussi que je me retrouve en gériatrie.
C'est très vaste le SSR gériatrique, c'est vraiment transversale.

L'étudiante : - D'accord.

L'IDE : (Elle lit la question «Avez-vous déjà pris en charge des patients atteints du diabète de type 2 ?»)
- Et donc euh bah oui j'ai déjà pris en charge des patients atteints du diabète de type 2 **(rires)**. C'est notre quotidien et à l'époque j'ai fait mon mémoire sur euh l'éducation thérapeutique euh chez le patient atteint du diabète de type ... 2.

L'étudiante : - Ah c'est pareil que moi !

L'IDE : - Ouais, avec les soins infirmiers à l'époque euh, sur le pied diabétique.

L'étudiante : - D'accord. Et euh vous pensez qu'il y a une différence entre l'époque d'avant et de maintenant en matière d'éducation thérapeutique ?

L'IDE : - Oui ! 'Fin, on ne parlait pas d'éducation thérapeutique, on parlait d'éducation du patient.

L'étudiante : - Hmm hmm.

L'IDE : - Et c'est, 'fin, c'est vraiment le diabète qui a été instigateur euh de l'éducation thérapeutique.

L'étudiante : - Hmm hmm.

L'IDE : - Parce que euh c'est les maladies chroniques qui nécessitent d'être pris au quotidien euh. Et en fait c'est les patients eux-mêmes qui sont «patients experts» et qui nous apprennent à la limite comment gérer encore mieux **(rires).**
Bon après euh... **(Elle lit la question «Avez-vous déjà été confronté(e) à une situation où le patient était inobservant face à ses traitements et/ou son hygiène de vie ? Et qu'aviez-vous mis en place ?»)**
Oui ! ça c'est très, très, très courant ! Ils savent tout, sur le bout des doigts. Il y a un instant de relâchement forcément, avec une pathologie chronique évoluante euh on ne pas être toujours, toujours bien observant.
Il faut vraiment installer un climat de confiance entre euh le médecin diabétologue référent, l'infirmière euh ... les infirmières qui suivent un peu au quotidien le patient, etc. Et le patient lui-même ! Parce que souvent en fait, c'est des patients qui peuvent être amenés à gérer eux-mêmes leurs traitements, à gérer eux-mêmes leur euh et euh et euh. **(Elle reprend les expressions des patients)** *«Et euh c'est pas grave !»*
Donc euh forcément.

L'étudiante : - Ok, et euh la relation de confiance justement, enfin le climat de confiance du moins, il s'installe petit à petit, du moins au fur et à mesure j'imagine

L'IDE : - Sur le long terme, oui ! Sur le long terme, après euh, après euh faut qu'ils acceptent. Alors bon, des fois euh, des fois l'acceptation de la pathologie en elle-même ça met un certain temps parce que **(Elle imite les expressions des patients)** *«Bah non je ne suis pas diabétique !».* Bah si vous êtes diabétique. Bon déjà rien que ça **(Elle imite les expressions des patients)** *«Bah non les cachets me suffisent, euh j'ai pas un trop gros diabète ou un diabète trop grave !».*
Et puis bon on voit des glycémies au plafond avec une hémoglobine glycosylée **(Elle fait un bruit de bouche)** complètement aberrante enfin voilà.
Donc euh on essaye de ...

La cadre supérieure du service apparaît dans la salle des transmissions.

La cadre supérieure : - Bonjour !

L'étudiante : - Bonjour !

L'IDE : - On essaye de euh ... **(Elle cherche ses mots)** installer un climat de confiance et d'écouter aussi beaucoup les patients.

Elle s'entretient avec la cadre supérieure pendant 20 secondes puis elle reprend.

Euh une fois que le patient a bien compris tout ça, 'fin qu'il a reçu les... parce qu'on fait de l'éducation au quotidien mais euh l'éducation à proprement parlé, l'éducation thérapeutique euh 'fin y a une définition, c'est bien cadré euh ça doit être fait selon certaines normes, ça doit être évalué, ré-évalué, ré-réévalué et en fait clairement ...

L'étudiante : - Sur le terrain c'est ...

L'IDE : - Sur le terrain on fait de l'éducation, on essaye de mener des campagnes d'éducation thérapeutique. Alors tout dépend du public qu'on a ... qu'on a formé...

L'étudiante : - D'accord.

L'IDE : - Euh, sur euh, nous on mène une campagne de prévention au niveau des anticoagulants donc on mène une euh une éducation thérapeutique à visée, pour qu'ils redeviennent autonomes dans la gestion de leurs anticoagulants au quotidien mais notre population elle est tellement âgée que souvent il y a une tierce personne qui intervient dans le processus. Soit c'est la famille et auquel cas on forme la famille, mais bien souvent, 'fin arrivé un moment ils ne sont plus autonomes. Donc bon on essaye surtout de prévenir les non prises ou les prises aberrantes ou euh surtout avec des anticoagulants euh ou on prévient aussi le retour à domicile par une mise en place d'ateliers.
Mais alors là le Covid a fait une telle façon que 'fin ...

L'étudiante : - Ah oui !
L'IDE : - Et euh pour euh les patients en diabète de type 2, euh il y a de plus en plus de patients insulino réquérant même s'ils étaient diabète de type 2. Donc euh maintenant on a tendance à leur mettre des capteurs.

L'étudiante : - Ah les Freestyle ?

L'IDE : - Ouais ! Donc euh comme ça ils sont un peu moins euh «objets de soins» et un peu moins euh parce que bon y a des patients qui étaient euh autonomes à domicile et qui faisaient leur glycémie tout seul. Euh nous on arrive, on les dépossède de tout ça en disant *«Bon bah c'est nous notre suivi, etc.».*
Et donc euh, donc euh ils sont un peu victimes, ils subissent. Alors on essaye de cheminer, de euh, déjà de d'éviter de les piquer 4-5 fois dans la journée euh. Avec les capteurs c'est déjà un net progrès et comme ça eux ils peuvent gérer euh et euh faire des contrôles assez régulièrement.
Et là ils sont acteurs de leur propre santé quoi, avec cet objet.

L'étudiante : - En plus j'imagine qu'il y a 22 ans en arrière ça n'existait pas.

L'IDE : - Ah bah non, moi j'ai fait des stages et, et j'ai demandé la diabéto'. alors bon, c'était un grand centre de diabéto' euh à la pointe donc on avait d'jà les pompes à insuline mais qui n'étaient pas aussi miniaturisées que maintenant. On parlait euh, on parlait du pancréas artificiels mais bon qu'on n'a toujours pas mais entre les capteurs et une pompe à insuline euh super modernes eh bien on y est presque hein.

Le téléphone du service sonne. L'IDE s'excuse et décroche le téléphone.
Entre temps, une secrétaire apparaît dans la salle des transmissions.

La secrétaire : - Bonjour !

L'étudiante : - Bonjour !

L'appel dure 4:18 minutes.
À la fin de l'appel, l'IDE s'excuse et s'entretient avec la secrétaire.
La conversation dure 27 secondes.

L'IDE : - Alors euh donc euh, **(elle relit la question sur l'inobservance des traitements et de l'hygiène de vie).** Une fois, une fois qu'ils ont compris quelles étaient les choses importantes à surveiller, euh ... faut qu'ils, 'fin faut qu'ils l'intègrent

L'étudiante : - Ok, et hum par exemple au niveau de l'activité physique, régulière, ont-ils du mal à le faire ?

L'IDE : - Alors ici, euh bah non ils sont hospitalisés. Donc euh ils sont intégrés dans un parcours de soins euh construit. Nous on a des professeurs d'activité»s physiques adaptés donc bon voilà. On a des diététiciens, des diététiciennes, 'fin le parcours est intégré donc euh, donc euh clairement ils ont pas euh spécifiquement euh de problèmes euh de prise en charge parce qu'ils sont entre de bonnes mains.
Maintenant le problème c'est souvent euh, 'fin à domicile, euh parce que la vie c'est compliquée, c'est pas tout lisse comme une hospitalisation.
Y a des bons moments dans la vie, y a des moins bons moments, y a des choses festives et euh c'est souvent là que ça dérape en fait euh **(rires)** Et ils ont le droit aussi de déraper **(rires)**

L'étudiante : - Bien sûr.

L'IDE : - L'essentiel c'est qu'ils sachent, c'est qu'ils sachent faire euh ... adapter les choses quoi au quotidien et pas culpabiliser parce que ...

L'étudiante : - Parce qu'ils ont mangé du chocolat à Noël ..

L'IDE : - Oui c'est ça. **(Elle lit la question «Quels sont les moyens (supports, groupe de parole, service externe...) dont vous disposez pour mettre en place une éducation thérapeutique envers ce type de patient ?»)**
Alors les moyens euh, clairement notre activité physique ne repose pas uniquement sur les diabétiques **(rires).** Certes on en a mais hmm...

Une autre secrétaire apparaît dans la salle des transmissions.

La secrétaire : - Bonjour !

L'étudiante : - Bonjour :

L'IDE : - Donc euh, on n'a pas de programmes d'éducation thérapeutique pour les diabétiques à proprement parlé. Maintenant, on met met en place tout ce qu'il faut par rapport aux besoins du patient que ce soit un patient colostomisé, que ce soit un patient diabétique de type 2, que ce soit un patient sous AVK et tout ça, c'est euh, on a les moyens de les former et de leur apprendre à être autonome.
Euh on a par exemple, bon, c'est toujours de l'éducation thérapeutique, on a actuellement des patients qui doivent se faire des autosondages.
Soit ils en faisaient mais pas avec le bon matériel à domicile, avec les bonnes façons.
On reprend tout à la base, on commande le matériel qui est le plus adapté pour eux, on met en place euh des séances d'autosondages euh avec contrôle et après ils vont être réévalués et autonomisés.
C'est un exemple hein, ça peut être ça mais dans le domaine euh du diabète c'est la même chose.
Et y a pas un programme type, on s'adapte vraiment au patient qu'on a en face de nous et qu'est-ce qui euh ... quels sont les moyens de mettre en place un ... quelque chose d'individualisé.
L'important aussi euh de tout programme c'est que ce soit individualisé.
Parce que bon certes on a une grande généralisation de patients de type d'âge, nous on va être ciblé sur le patient vieillissant, mais il y a différents types d'autonomie.
On peut pas demander la même chose à quelqu'un de 90 ans qu'à quelqu'un de de 68 ou un truc comme ça.
Quelqu'un qui gérait tout à domicile, on va pas l'infantiliser en lui disant *«Bah non on vous dépossède de tous vos contrôles de glycémie»* alors qu'à domicile ça marchait très bien.
Euh on va essayer de, de trouver un juste milieu en disant *«Bon bah écoutez, les rapides c'est nous qui gérons mais euh, mais euh vous continuez à vous faire vos insulines euh comme vous aviez l'habitude, à vous faire vos contrôles de glycémie comme d'habitude. La seule chose qu'on veut savoir c'est combien vous aviez eu».*

L'étudiante : - Bien sûr, parce que y a une traçabilité derrière aussi.

L'IDE : - C'est ça ! Mais bon ça des fois c'est un peu difficile à tous obtenir la même euh, la même chose. C'est-à-dire que bah on est à l'hôpital donc euh bon bah c'est à nous de le faire hein, c'est à nous de cocher la glycémie, c'est à nous de donc euh bon. L'essentiel c'est de s'adapter au patient hein.

L'étudiante : - Oui je pense que c'est important.

L'IDE : - Hum, ah ouais 'fin c'est primordial. **(Elle rebondit sur la même question en parlant des supports)**
Les différents supports euh bah en fait on fait manipuler énormément hein. Euh après euh c'est vrai que souvent ils arrivent avec un parcours intégré donc souvent on n'est pas le premier service. Mais des fois on découvre des choses qu'ils ont pas compris...

L'étudiante : - Ah !

L'IDE : - Bah ça arrive !

L'étudiante : - Avez-vous des exemples à donner ?

L'IDE : - Euh les normes, 'fin les normes de glycémie parce qu'il y en a plein en fait qui ne savent pas.
Alors ils disent 'fin bon **(Elle imite les expressions des patients)** *«Ah je suis en hypoglycémie»* Bah non vous avez juste faim là ! **(rires)**.
Et puis bon hein le resucrage, bah y en a qui font un peu selon ce qu'ils ont l'habitude mais euh, mais euh c'est pas tout à fait comme ça qu'il faudrait faire.
Donc on essaye de proposer quelque chose de beaucoup plus adapté.
Euh **(Elle relit la question et souffle)** qu'est-ce qu'il y a ? euh les groupes de parole effectivement mais bon là en temps de Covid euh ...
Y a un groupe institutionnel de ... qui c'est pareil s'adapte à la population et en général c'est la préparation au retour à domicile.

L'étudiante : - D'accord, ce sont des partenaires extérieurs ?

L'IDE : - Non, non là 'fin après euh, après euh on rencontre euh s'ils partent en HAD, on rencontre les coordinateurs de l'HAD. Si ils repartent euh, des fois même on a euh des euh, on est à **(Elle cherche ses mots)**, on crée un partenariat avec euh l'infirmière à domicile qui va les prendre en charge.

L'étudiante : - Je vois.

L'IDE : - Euh on travaille pas euh de notre côté. On essaye de travailler en lien.

L'étudiante : - D'accord, je vois.

L'IDE : - Alors euh, euh après, euh oui effectivement, euh bah si, si y a une problématique d'équilibre, etc euh une problématique ne serait-ce que aussi un mal perforant plantaire ou on est très très à cheval sur euh, sur le suivi cutané, sur les petites plaies 'fin bon ce genre de choses.
Mais des fois ils arrivent avec un avec un état euh un cutané qui est déplorable. Avec des ongles 'fin euh terribles, euh des chaussures qui ne sont pas adaptées du tout.
Alors on essaye de revoir donc mais c'est vrai que déjà nous on a une pédicure qui est dans le service, déjà on est très vigilant vis-à-vis de ça.
Euh on les surveille aussi par tous les moyens euh, et on met en place des chaussures adaptées avec l'ergothérapeute.
Euh alors on, c'est sûr que après euh pour le futur, c'est vrai qu'on **(Elle cherche ses mots)** quand il faut proposer des choses encore plus adaptées pour le retour à domicile des fois y a des visites à domicile qui sont faites et on adapte au mieux par rapport à tout l'environnement du patient ce qu'il peut être changé, amélioré et ça euh c'est clair que c'est l'ergothérapeute qui s'en charge.
Il va en visite à domicile et elle, elle fait appel à des personnes ressources et à des professionnels euh extérieurs.
Par rapport à l'ergonomie du domicile, s'il y a des choses qui peuvent être dangereuses bah pour euh qui peuvent être blessantes parce que bon y a des fois où euh c'est des adaptations euh bricolages hein.
Ils font des trucs euh il fait *«Non mais là c'est dangereux là ce que vous faîtes».*
Y avait un monsieur qui n'arrivait pas à prendre parce qu'il avait une douche 'fin une baignoire je veux dire, il fallait qu'il enjambe. Il avait monté un podium sauf qu'il y avait des, des pointes de clous qui dépassaient donc quand elle a vu ça **(rires)** elle s'est dit *«Bon bah on va adapter les choses».*
'Fin c'est un exemple tout bête mais euh lui il va pas le sentir parce qu'en plus bon euh au niveau neuropathies euh bah souvent ils sont bien dégradés euh ils ont des euh hélas eu des jambes artéritiques avec des plaies d'orteils, déjà des orteils amputés donc hum donc hum il faut être super, méga vigilant. Parce que ils peuvent perdre des doigts de pieds très très vite quoi et même pas sentir qu'ils ont une plaie euh qu'elle quelle soit et tout ça ça part très très vite.
Euh je pense que là j'ai un peu fait le tour.

L'étudiante : - Hmm hmm

L'IDE : - Toi t'as des questions peut-être ?

L'étudiante : - Euh oui justement au moment où vous avez parlé euh où vous avez mentionné l'acceptation de la maladie, et donc c'était pour savoir si vous avez eu affaire justement à des patients qui ont cheminé au niveau des différents types d'émotions pour arriver à l'acceptation de leur pathologie ?

L'IDE : - Oui oui ouais, ouais. Bah y a eu 'fin clairement de des 'fin euh des choses. Y a rien de statutaire et les phases sont pas **(Elle n'a pas finit la fin de sa phrase).**

Parce qu'on a tendance à passer par toutes les phases en fait non...

Une autre IDE du service interrompt l'entretien pour poser une question à l'IDE interviewée.
Leur échange a duré 21 secondes.

L'IDE : - Euh, ouais donc c'est pas calqué comme la théorie. Y a des gens qui vont jamais avoir dans le déni et qui vont être d'une 'fin ... après on peut dire que le déni c'est protecteur parce que bon euh et pour y a des choses c'est pas catalogué. C'est pas parce qu'il a tout accepté qu'il connaît tout, etc qu'il va appliquer tout forcément.
Y a des patients experts qui savent tout mieux que nous, qui gèrent, sauf que **(elle a fait un bruit de bouche pour signifier que ces patients ne posent aucun acte).**

L'étudiante : - Ils ne font rien

L'IDE : - Ils ne font rien. Et moi j'ai même connu un professeur de diabéto' depuis ... et qui **(Elle imite ce professeur)** *«Non je ne suis pas diabétique !»* Non mais là vous avez une glycémie à 3 grammes, vous avez ceci, vous avez cela, vous avez des neuropathies, vous aviez un infarctus du myocarde donc là il va falloir hein ... **(Elle reprend l'expression de ce patient)** *«Non je ne suis pas diabétique !»* euh c'est compliqué.

L'étudiante : - C'est compliqué en effet.

L'IDE : - C'est compliqué. Donc euh, faut euh, faut euh faut faut y mettre toute la bienveillance, écouter beaucoup, faut accepter de transiger sur certains points, bien les écouter parce que c'est souvent eux qui donnent les solutions en fait **(Elle fait un bruit de bouche en cherchant ses mots)**. en disant **(Elle reprend les répliques des patients)** *«Euh ça je peux mais ça je peux pas».* Et puis bah on va y aller tout doucement quoi.
On essaye de, de vraiment euh **(Elle n'a pas finit la fin de sa phrase).** Et c'est pas linéaire. Y a des gens qui vont passer d'un stade euh de refus complet à tout de suite l'acceptation parce que x ou y euh et puis que ...

L'étudiante : - Oui puis les complications aussi j'imagine.

L'IDE : - Ah bah oui puis bon euh ça dépend de l'âge de l'annonce euh. Y en a ils se retrouvent parce que parce que euh 'fin c'est un médicament qui les aura rendu diabétique de type 2 ça arrive hein. De temps en temps bon. Des fois ils disent **(Elle reprend les répliques des patients)** *«Ouais c'est un médicament qu'on m'a donné qui m'a rendu comme ça !»* Euh ouais je veux bien ... **(La suite des propos est difficile à déchiffrer) (rires).**

Après c'est vrai que d'arriver et de se prendre de/des antidiabétiques oraux, c'est pas anodin, de le faire de temps en temps des surveillances, c'est pas anodin mais maintenant euh après avoir de l'insuline euh c'est encore autre chose quoi.

L'étudiante : - Ca c'est sûr.

L'IDE : - Et puis souvent ils ont peur de l'hypoglycémie hein faut clairement être ... **(Elle n'a pas finit la fin de sa phrase)**. Ils ont peur de l'hypoglycémie. Mais bon 'fin faut leur apprendre les bons gestes quoi.

L'étudiante : - Oui pour palier à l'hypoglycémie, savoir la reconnaître euh.

L'IDE : - Oui c'est surtout ça alors des fois c'est l'hyperglycémie qui est beaucoup plus grave que l'hypo **(rires).**
Ouais, on a peur d'une hypo mais c'est sûr que ... mais **(Elle n'a pas finit la fin de sa phrase)**.
Après, adapter euh s'ils ont très très peur de l'hypoglycémie euh, adapter en fonction de leurs activités, en fonction de tout, voilà.

Une professionnelle entre dans la salle des transmissions et interrompt l'entretien pour poser une question à l'IDE.
La discussion a duré 15 secondes.

L'étudiante : - Bonjour !

La professionnelle : - Bonjour, je peux vous piquer un canard ou non ?

La professionnelle change de pièce.

L'IDE : - Autre chose ? **(L'IDE veut savoir si j'ai d'autres questions.)**

L'étudiante : - Euh autre chose, je crois qu'il y avait un autre point euh que je voulais mentionner. Faut que je retrouve parce qu'il y a eu tellement de mouvement entre temps **(rires).** Il y a eu beaucoup de mouvement.

L'IDE : - Oui.

La professionnelle revient dans la salle de transmissions pour s'adresser à l'IDE.
Elle lui demande des masques FFP2.
L'IDE se lève pour lui apporter des masques.
Ce moment a duré 35 secondes.

L'IDE : (Elle revient) - Ouais, il y a ?

L'étudiante : - Oui, la question. En effet, hmm. **(J'explique à l'IDE ce qui m'a poussé à rédiger le mémoire sur ce thème, en lui parlant de la situation initiale.)**

Pendant ce temps, d'autres membres de l'équipe soignante (IDE, aides-soignantes) entrent dans la salle de transmissions et s'installent sur des chaises.

L'IDE : - C'est là que tu vois que c'est pas si facile à accepter parce qu'en fait c'est un statut de malade. Et ils ont encore des fois la vision de diabète, d'amputation, 'fin, y a de ça hein, y a de ça euh. C'est grave euh **(Elle reprend les expressions des patients)** *« Je risque de me faire amputer, je risque de mourir euh avec un malaise ».* 'Fin y a pleins d'idées reçues. Il faut des fois pour l'acceptation travailler sur ces idées reçues.
Faut euh, faut euh, faut, faut inspecter et les écouter au niveau psychologique, au niveau de leur perception, au niveau de ce qu'ils connaissent et de ce qu'ils connaissent pas.
Et puis voir euh comment ils se représentent la maladie, qu'est-ce que ça représente pour eux, vraiment proprement parce que la perception du voisin ne sera pas la même.
La perception qu'il a de sa qualité de vie, parce que ça c'est des choses qui impactent beaucoup la qualité de vie souvent. Et, et la qualité de vie saine ou la qualité de vie en tant que patient, ce n'est pas la même.
Il y a des choses qu'on pense anodines, qui impactent énormément leur qualité de vie et leurs ressentis. Et ça c'est euh c'est euh c'est absolument difficile de se le représenter si on n'a pas travaillé avec ton patient euh voilà et sur comment il le vit, comment il se le représente, qu'est ce qu'on peut apporter qui soit plus facile pour lui. Et voilà.

L'étudiante : - Ok, c'est pour adapter la prise en charge.

L'IDE : - Et puis le faire euh, le faire aussi cheminer là-dessus et faire dépasser euh toutes ses représentations un peu négatives et impactantes pour euh ... **(La fin de la phrase n'est pas très compréhensible à cause des bruits de fond).**

L'étudiante : - En général, les représentations qu'ils ont déjà c'est par exemple les hypoglycémies ...

L'IDE : - Puis même eu, même ils ne veulent pas euh, ils ne veulent pas euh arriver à avoir de l'insuline parce que parce que vraiment là c'est vraiment très grave quoi. Alors que c'est une autonomie supplémentaire. Des fois c'est stigmatisant parce que quand on a un capteur ou qu'on a une pompe à insuline et des injections à faire, ça peut se voir.

L'étudiante : - Hmm, l'image de soi.

L'IDE : - Il y a certains hommes qui en n'ont pas grand chose à faire mais y a certaines femmes **(Elle reprend les expressions des patientes)** *«Ah bah non, ah bah non j'pourrai plus mettre mon joli petit ensemble, ça se voit euh»* bon après tu peux travailler là-dessus sur euh, sur l'esthétique et trouver euh des moyens de poser le capteur pour que ce soit le moins visible possible.
Y a toutes des dimensions qui sont multiples hein. Et puis même, des injections d'insuline à force bah ça peut se voir, ça peut faire des hématomes, ça peut faire des boules, ça peut fair des lipodystrophies euh donc c'est assez stigmatisant aussi **(Elle reprend les expressions des patientes)** *«Vous vous rendez compte euh si je me mets maillot ou en machin on va le voir, tout le monde va le voir, qu'est-ce qu'ils vont penser ?»*

L'étudiante : - Qu'est-ce qui peut être mis en place pour améliorer l'esthétique ?

L'IDE : - C'est très très vaste, tu peux avoir à gérer pleins pleins de choses donc euh mais ça c'est ... **(Elle n'a pas finit la fin de sa phrase).**
Un patient de 40 ans ou un patient de 50 ans ou un patient de 70 ça ne va pas être les mêmes problématiques. Mais c'est pas parce que une dame a 70 ans que l'esthétique ne compte pas pour elle. Des fois même bien plus tard...

Une autre IDE prend la parole pour rebondir sur les arguments de sa collègue.

L'autre IDE : - Même à 102 ans.

L'IDE : - Même à 102 ans !
L'autre IDE : - Elles sont vieilles mais elles se mettent du fond de teint le matin.

L'IDE : - Tu vois elles étaient pimpantes, jolies. Voilà euh, y a pas une attitude calquée, y a des grands principes. Maintenant t'as un patient devant toi et tu t'adaptes à vraiment sur son ressenti. Mais pour ça, il faut l'écouter.

L'étudiante : - Exactement, j'imagine que lorsqu'un patient vient dans cette unité (le SSR), il y a un entretien au préalable.

L'IDE : - Oui puis bon c'est euh, après ça fait partie des/ de nos actions à mener hein et à évaluer.
Et surtout au final on évalue ce qu'on fait.

Moi je n'ai rien à rajouter, est-ce que ?

L'étudiante : - Je pense qu'on a dû faire le tour mais c'était très intéressant **(rires)**.

L'IDE : - Bon, si tu as besoin de compléments, etc, n'hésite pas ! Si tu dois mener d'autres entretiens à l'avenir, n'hésite pas.

L'étudiante : - Bien sûr, merci beaucoup !

L'étudiante : - En tout cas, bon courage. »

Entretien n°2 - IDE B :

L'étudiante : «Bonjour, je suis étudiante en soins infirmiers, en 3ème année.
Dans le cadre de mon mémoire, j'ai des questions à vous poser. Le sujet tourne autour de l'éducation thérapeutique chez un patient atteint d'un diabète de type 2.

L'IDE : - Bonjour, d'accord pas de problème.

L'étudiante : - Pour commencer, dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

L'IDE : - Entre 20 et 30 ans.

L'étudiante : - D'accord, depuis quand êtes-vous diplômé ?

L'IDE : - Ah, je suis diplômée depuis juillet 2020.

L'étudiante : - D'accord, juillet 2020. Combien d'années d'expérience possédez-vous ?

L'IDE : - Euh là je vais avoir bientôt du coup 2 mais là j'en suis à 1 an et demi.

L'étudiante : - Quel est votre parcours professionnel ?

L'IDE : - Euh en étant diplômée ?

L'étudiante : - Oui depuis le diplôme.

L'IDE : - OK bah du coup euh j'ai fait euh un mois et demi enfin un an et demi aux urgences cérébro-vasculaire à la P-S (le nom de l'établissement) et là bah depuis 2 semaines, j'ai changé je suis en SRPR, c'est du sevrage post réanimation, du sevrage ventilatoire.

L'étudiante : - D'accord donc depuis 2 semaines ?

L'IDE : - Oui.

L'étudiante : - D'accord, donc question suivante.
Avez-vous déjà pris en charge des patients atteints du diabète de type 2 ?

L'IDE : - Oui.

L'étudiante : - Ok, c'était aux urgences cérébro-vasculaire ?

L'IDE : - Oui aux urgences cérébro-vasculaire et aussi dans mon nouveau service.

L'étudiante : - D'accord, il y a des patients diabétiques où vous êtes ?

L'IDE : - Oui parce qu'on reçoit aussi des patients qui font des chocs cardiogéniques et du coup bah **(Elle n'a pas finit la fin de sa phrase).**

L'étudiante : - D'accord et donc avez-vous déjà été confronté à une situation où le patient était inobservant face à ses traitements et/ou son hygiène de vie ? Et si oui, qu'aviez-vous mis en place ?

L'IDE : - Donc oui j'en ai déjà rencontré euh aux urgences cérébro-vasculaire parce que qu'ils étaient pas observants. Dans mon nouveau service j'en ai rencontré une mais elle est observante. Mais c'était compliqué parce qu'en fait il mangeait ce qu'il voulait, parce qu'il était très difficile et que quand on est hospitalisé, c'est compliqué d'avoir la nourriture qui est à notre goût donc du coup forcément on va avoir tendance à grignoter ou avoir des trucs qui sont pas forcément adaptés. Donc euh nous ce qu'on avait fait c'est que sa famille lui ramenait beaucoup tout ce qui est datte, gâteau et en fait on avait écrit au tableau et donc on négociait en fait.
On négociait, par exemple de remplacer tu vois les gâteaux qui sont des trucs hyper sucrés par des fruits ou vraiment des trucs qui se **(Elle cherche ses mots)** des sucres plus lents en fait et on lui a réappris à manger euh mieux par rapport à son régime euh on a vu aussi avec la diététicienne qui venait le voir chaque semaine pour évaluer, pour essayer de trouver des textures de nourriture qu'il aimait. On lui avait fait comme un petit euh un petit programme en fait où il cochait ce qui était bon, ce qui n'était pas bon de manger et euh franchement c'était pas mal après je pense qu'une fois qu'il est sorti de l'hôpital il ne faisait plus attention mais euh du coup on a fait un programme sur son plateau parfois on lui faisait comme des petits quiz *«Qu'est-ce que vous pouvez manger ? Qu'est-ce que vous ne pouvez pas manger ?»* et lui il te disait *«Bah ça je peux pas, et voilà où ça je peux»*.
Mais oui c'est ce qu'on fait et parfois on leur réapprenait aussi à avoir une meilleure hygiène de vie parce que parfois les personnes elles savent enfin elles ne se rendent pas forcément compte de la gravité, de ce qu'est un diabète en fait et bah du coup on leur a refait des cours sur ce que c'était, ce que ça pouvait impliquer. Et souvent ce qu'on faisait on leur réapprenait bah les risques en fait lié à ça et que bah il fallait bien gérer son alimentation et bien surveiller la glycémie.

L'étudiante : - D'accord, du coup leur expliquer afin qu'ils puissent le faire eux-mêmes.

L'IDE : - Et le but aussi c'est pas que ça se passe à l'hôpital ou dans l'institution et qu'après ils partent. C'est que bah ils continuent et qu'ils soient pas frustrés en fait parce que si ils sont frustrés bah ça marchera pas parce que bah forcément on est frustré on, on retourne dans ce qu'on était.
Alors on essayait vraiment de trouver des régimes euh qui lui étaient adapté et puis euh bah parfois on leur laisser aussi des petits moments de de laisser aller entre

guillemets parce que bah parfois quand tu manges tout le temps la même chose, tout le temps la même chose bah t'es frustré tu vois tout le monde mange autre chose et toi t'es frustré donc parfois le matin alors autorisait un petit jus d'orange après on allait recontrôler derrière pour voir si la glycémie n'avait pas flambée pour pouvoir corriger. Mais oui parfois on leur laisser des petits moments plaisir.

L'étudiante : - D'accord, je ne pensais pas qu'on pouvait autoriser cela.

L'IDE : - Après ça dépend un peu de l'infirmière parce qu'en fait ton patient, enfin parfois ils sont **(elle cherche ses mots)** surtout ceux qui ont du mal à à suivre le régime adapté aux diabétiques bah forcément il y a un moment il est frustré et quand ton patient est frustré bah forcément il a pas envie de faire d'efforts tu vois. C'est comme quand euh t'es dans un régime tu vois. Des fois il te faut un jour où tu dis *«Bon je peux laisser aller»* parce que sinon bah tu deviens fou et t'es pas bien.
Donc oui forcément après tu fais attention tu vois tu vois par exemple je ne vais pas lui donner par exemple euh un millefeuille à manger ouais tu vois mais tu vois genre une moitié d'une confiture le matin. Avant de manger tu lui prends sa glycémie juste après tu revérifies et tu corriges en fait.
Donc bien sûr que tu peux et c'est pour ça que souvent je pense que les patients à un moment ils en ont marre 'fin c'est que parfois faut savoir lâcher du lest tu vois faut se dire *«Bon OK aujourd'hui on vous laisse un petit plaisir parce que voilà.»*
Par exemple, le dimanche souvent dans mon ancien service c'est ce qu'on faisait *«Donc aujourd'hui on vous donne une confiture.»* mais on faisait hyper attention tu vois pour qu'il soit pas en hyperglycémie non plus et s'il était en hyperglycémie bah on corrigeait tu vois. On voyait avec le médecin et puis ont corrigeait.

L'étudiante : - Hmm hmm.

L'IDE : - Et ça se passait très bien parce que bah forcément la personne se disait *«Bon c'est difficile mais j'ai au moins un jour ou ben voilà quoi je peux me faire plaisir !»*
Après ça dépend un peu de l'infirmière et ça dépend aussi un peu de la structure tu vois. Moi je sais que par exemple là dans le service où je suis bah par exemple ma patiente est tout le temps en hyperglycémie et au fait on réadapte en fait euh le protocole glycémique parce que le but c'est qu'elle mange donc forcément la priorité c'est qu'elle se réalimente donc la priorité c'est pas vraiment sa glycémie.
On fait attention, on corrige et on modifie.
Mais par exemple, si elle veut manger euh une compote ben on va lui donner sa compote tu vois même si elle n'est pas allégée en sucre, on va lui donner après on va revérifier et on va corriger.
En fait on réadapte parce que ça dépend des personnes. Il y a des patients pour qui c'est très facile pour eux de changer de mode de vie et pour d'autres ben c'est très compliqué donc forcément t'es obligé d'adapter un petit peu.

L'étudiante : - Oui puis prendre aussi en compte ce que le patient a.

L'IDE : - Oui ce qu'il te dit. Parce que chez lui en vrai il va retourner et il va faire ce qu'il veut s'il a été frustré pendant 2 mois ou les 2 semaines qu'il est chez toi ben une fois qu'il va retourner chez lui et bah tu vois.
Et le but c'est pas ça, c'est que même chez lui il puisse faire attention et qu'il se dise *«Bon ok aujourd'hui je mange un petit croissant ou je mange mon petit gâteau mais après il faut que je pense bien revérifier pour pouvoir contrôler.»*
Le but c'est qu'il puisse être autonome en fait, qu'il n'ait pas tout le temps besoin de quelqu'un mais si pendant 2 semaines je lui dis *«Non, non, non, non, non»* bah une fois qu'il va arriver chez lui, la première chose qu'il va faire c'est ça.

L'étudiante : - Oui c'est ce qu'il fera, c'est sûr. Je suis d'accord. C'est bien en tout cas. C'est bien une autre façon de faire en fonction de l'infirmier et de la structure.
Hmm, je pense que vous m'en avez un peu parlé mais quels sont les moyens en matière de supports, groupe de parole, dont votre ancien service disposait pour mettre en place une éducation thérapeutique envers ce type de patient ?

L'IDE : - Nous on avait un dossier euh un dossier de diabète, soit le diabète de type 1 ou soit le diabète de type 2. On avait un dossier et à leur arrivée on leur faisait un sorte de questionnaire pour voir où est-ce qu'ils en étaient par rapport à la pathologie, ce qu'ils savaient, ce qu'ils ne savaient pas.
Et ben comme j'ai dit tout à l'heure, leur refaire un point sur ce qu'il ne savaient pas et leur refaire un point sur ce qu'ils savaient ou peut être juste consolider les connaissances tu vois parce que parfois il savait euh mais pas totalement ce que ça pouvait engendrer donc euh on fait ça.
Et souvent, on s'est rendu compte aussi que bah les personnes qui sont diabétiques ils se disaient *«Bon bah je vais pas manger ceci, je vais pas manger cela»* en fait ils étaient en hypoglycémie ce qui est tout aussi dangereux qu'une hyperglycémie tu vois.

L'étudiante : - Hmm hmm.

L'IDE : - Donc on faisait ça on leur a expliqué que bah les 2 étaient graves et qu'il fallait vraiment faire attention euh.
Du coup comme je t'ai dit, la diététicienne passait une fois par semaine et selon les patients pour réadapter, pour leur demander à eux ce qu'ils aiment, pour essayer de faire au mieux.
On avait euh aussi le tableau où on mettait ce qu'ils pouvaient manger, ce qu'ils ne pouvaient pas manger et avec une petite case en dessous de qu'est ce que ils aimeraient manger tu vois mais ça c'est pas tout le monde qui le faisait c'était chacun euh c'était propre à chaque infirmière enfin.

L'étudiante : - D'accord.

L'IDE : - En fait tu peux lui dire *«Oui tu peux, tu peux pas»* mais lui il a des envies aussi tu vois malgré tout c'est une personne qui reste avec des plats préférés ou des trucs comme ça et parfois Ben comme chez une fois par semaine on leur laisser un peu enfin tricher entre guillemets mais juste prendre ce petit plaisir là et on faisait hyper attention derrière tu vois une fois qu'il a mangé ben dans les 30 minutes tu recontrôlais et 30 minutes après tu re recontrôlais tu vois, donc ça.
Euh puis on avait quoi d'autre ... et c'était tout hein. Après j'avais des personnes par exemple tu sais qu'ils aiment bien les compotes bah tu pouvais donner des compotes sans sucre ajouté tu vois. Ou il aime bien le coca bon le coca il ne va pas boire toute la canette tu vois. Il va boire allez une demie canette et après tu revérifies en faisant hyper gaffe, on faisait ça.
On avait aussi parfois des ateliers mais ça c'était la diététicienne qui faisait mais l'infirmière pouvait y participer. On les appelait «Les ateliers diabéto'» et en fait les patients étaient dans la salle de staff et en fait ils testaient tout ce qui pouvait être sucré mais bon enfin tu vois c'était du bon sucre quoi. Et en gros on leur apprenait à se réalimenter en fonction enfin pour changer d'hygiène de vie.
C'est pas souvent que l'infirmière pouvait y aller mais quand tu pouvais c'est intéressant de voir que ben parfois les gens ils se rendent pas compte mais il y a plein de trucs en vrai qui sont bons pour bah le le diabète 'fin pour le style de vie de la personne diabétique mais qui est bon aussi à manger tu vois et forcément bah et c'est pas tout le monde qui savait.
Il y avait ça et souvent aussi euh pour certains patients qui avaient du mal à manger par exemple la nourriture de l'hôpital ou à respecter le régime diabétique, on faisait ce qu'on appelait des rééducations olfactives. En fait c'était avec des huiles essentielles et tout et en fait on leur redonnait des odeurs pour que ça leur donne envie de tester d'autres aliments et parfois on faisait ça ouais.

L'étudiante : - Ah d'accord, je ne pensais pas qu'on pouvait faire cela !

L'IDE : - Ouais moi non plus je ne savais pas. J'ai découvert ça dans mon nouveau service.

L'étudiante : - Le service actuel ?

L'IDE : - Ouais c'est dans mon nouveau service qu'ils font ça.

L'étudiante : - Ah ok et par exemple ça se passe comment ?

L'IDE : - Euh tu vas dans la chambre de ta patiente et tu as pleins d'huiles essentielles enfin c'est des des fraises, des aliments, des trucs comme ça et en gros tu leur fais fermer les yeux et tu leur dis *«Ouais ça c'est quelle l'odeur ?»* tu vois et après tu leur fais associer l'odeur à l'aliment. Donc après s'ils ne trouvent pas c'est pas grave mais s'ils trouvent après tu leur fais goûter l'aliment puis après ils disent *«Ah ouais c'est*

bon !». Puis parfois ils leur font manger [parce que c'est les médecins qui font ça chez nous] ils leur font manger les aliments avant de savoir ce que c'est parce que parfois tu vois par exemple tu te dis que tu ne vas pas aimer parce que t'appréhendes comme tu vois et que tu sens. Donc du coup parfois ils leur font goûter les aliments avant et au final euh les gens disent *«Ah je pensais pas, ah bon c'était ça et tout !».*
Et ça je trouve que c'est pas mal aussi.
Après, encore une fois, ça dépend du service et de la structure tu vois moi je sais que dans mon nouveau service on a le temps de faire ça et dans d'autres services on n'a pas forcément le temps de le faire, tu vois.

L'étudiante : - C'est vrai que dans les services, les personnes n'ont pas le temps étant donné qu'elles courent partout. En tout cas, je ne pensais pas qu'on pouvait faire de la rééducation olfactive. Et ça dure combien de temps ?

L'IDE : - Ça dépend de chaque patient. Y a des patients pour qui c'est hyper rapide et ça se passe bien, il y en a d'autres bah tu fais des petites séances du 5 à 10 min tous les jours ça dépend.

L'étudiante : - D'accord, hum. Et vous avez pu assister aux ateliers de l'ancien service ?

L'IDE : - Oui j'avais pu y participer.Ils ont vraiment aménager le truc et après ils y vont. Je sais que quand j'étais stagiaire parce que j'ai fait un stage avant là-bas, ben ils faisaient tous ensemble mais après le COVID ils faisaient 2 par 2 à cause des restrictions sanitaires.

L'étudiante : - Et est-ce que ce genre d'atelier a occasionné des moments entre patients afin qu'ils puissent échanger entre eux par rapport à leur maladie etc ?

L'IDE : - Oui, puis ça a été une aide aussi parce qu'ils ont pu voir qu'ils n'étaient pas tous seuls en réalité et qu'il y avait d'autres personnes qui faisaient face aux mêmes difficultés et parfois ben même eux ils se disaient *«Ah oui mais tu sais si tu fais ça, tu fais ça...»* et franchement c'était une aide je trouve parce qu'ils se disaient *«Bah oui je galère mais je suis pas la seule personne dans ce cas-là en fait y a d'autres personnes qui s'en sortent très très bien»* et puis d'autres personnes qui étaient plus expérimentées que d'autres tu vois et qui s'en sortaient très très bien et du coup bah forcément ça donnait aux autres envie de se dire *«Bon ben ok je peux le faire euh on y va !»*

L'étudiante : - C'est bien, puis c'est important aussi **(phrase non terminée)**

L'IDE : - Bien sûr c'est important aussi de se rendre compte qu'on n'est pas tout seul et que bah c'est possible il y en a qui y arrivent très bien donc oui c'est possible de bien manger et de se faire plaisir en suivant en fait ce qui est bon pour notre santé. Et ça c'était cool parce qu'ils pouvaient échanger entre eux parce que quand c'est un

soignant qui te le dis mais quand tu vois une personne qui a la même maladie que toi qui le dit c'est un autre impact tu vois.

L'étudiante : - Hmm c'est vrai. Et les quiz du coup dont vous m'aviez parlé dans la question précédente, c'est le fameux questionnaire pour évaluer les connaissances ?

L'IDE : - Voilà les connaissances du patient du coup c'est un truc qui était déjà établi dans le service.

L'étudiante : - D'accord, merci. Du coup, face à ce genre de situation, faîtes-vous appel à d'autres professionnels ou à des personnes ressources ?

L'IDE : - Euh à d'autres professionnels parfois on fait appel à d'autres médecins bien évidemment, euh aux aides-soignants, euh aux diététiciens.
Hmm on fait appel aussi souvent à la famille parce que bah forcément après c'est eux qui prennent le relais donc enfin faut que ça se passe bien avec la famille pour que le relais puisse continuer. Donc souvent on demande de l'aide de la famille parce que bah forcément quand ça vient des enfants, des proches bah le patient est plus apte à comprendre que voilà enfin faut qu'il s'en sorte pour ces personnes là et que c'est pas qu'on veut leur donner des règles mais c'est mieux pour eux et quand ça vient d'une personne proche bah forcément c'est plus facile à accepter les changements de condition, les règles oui et non mais c'est plus facile à accepter d'un proche que d'une personne qu'on ne connaît pas, qu'on connaît que depuis 24h c'est plus compliqué donc on fait souvent appel à la famille ou à d'autres infirmiers parce que parfois les patients ils sont plus à l'aise avec un infirmier que l'autre donc toi tu vas pas te buter à expliquer un truc s'il n'est pas ouvert à toi et que tu sais qu'il est ouvert à un autre collègue donc tu appelleras un autre collègue et puis voilà. Parfois ça passe tout de suite mieux et voilà.

L'étudiante : - D'accord, et est-ce que c'est parce qu'il y a un climat de confiance qui s'est installé avec un autre IDE par exemple ?

L'IDE : - Oui parce que parfois c'est ça ton patient ... ben en fait tous les patients ont leur infirmier préféré et tous les infirmiers ont un patient avec lequel ils s'entendent plus ou moins bien tu vois. Donc forcément tu as un patient qui s'entend hyper bien avec toi bah forcément on va te l'envoyer vers toi parce qu'on sait que le contact passe plus facilement.
On sait que la personne a confiance et qu'elle se dit *«Bon voilà»* et parfois c'est juste que ta tête lui revient plus **(rires).** Voilà donc du coup bah elle est plus agréable avec toi qu'avec quelqu'un d'autre tu vois et ça arrive souvent.
Parfois c'est sans raison c'est juste *«Voilà pour elle j'ai pas envie et pour l'autre j'ai envie»*
Et donc forcément on va envoyer le collègue ou la collègue avec qui ça passe le mieux. En fait le but c'est pas de te confronter à la personne, c'est que le taff soit fait,

que la personne suive bien, que la personne soit en bonne santé ou au moins qu'elle fasse attention à ces choses là donc forcément tu vois la personne qui est plus à même de le faire.

L'étudiante : - Oui puis c'est la continuité des soins du coup.

L'IDE : - Et puis, enfin faut pas hésiter parce que pour le coup euh ça peut vraiment changer ce truc du tout au tout en fait.
Tu te bats depuis une semaine avec un patient et puis bam il y a l'autre collègue qui arrive tu vois.
C'est comme une prise de sang, tu fais tu fais 4-5 essais, tu galères et puis l'autre il arrive en un coup il y arrive. Bah c'est un peu le même principe tu vois. Tu galères depuis une semaine tu vois que ça passe pas bah t'envoies quelqu'un d'autre avec qui ça passe mieux et ça se passe très bien.
Après le patient souvent après il s'excuse *«Oui désolé j'avais pas compris»* mais forcément qu'il soit avec quelqu'un d'autres il est plus ouvert à la discussion donc bah ça passe mieux tu vois.
Donc ça pour le coup faut pas hésiter parfois à passer la main.
Et même les diététiciens, il faut vraiment pas hésiter enfin il y a beaucoup de choses qui sont mis en place il y a des trucs qu'ils appellent je crois de «l'alimentation plaisir» sur des choses qui peuvent être mis en place aussi.
Même pour les diabétiques tu vois après dans la limite de ce qui est possible de faire aussi mais euh faut pas hésiter.

L'étudiante : - Oui ne pas hésiter à déléguer l'éducation. D'accord.

L'IDE : - Ah mince pour revenir sur la question précédente euh faut pas hésiter à rendre le truc ludique tu vois enfin moins strict tu vois parce que tu vois euh souvent bah t'es à l'hôpital, t'es fatiguée, t'as des médicaments euh, tu dors mal, t'es stressée, tu vois quelqu'un en blanc là (**elle voulait dire un professionnel en blouse blanche**) qui te dit tout le temps tout ce que tu dois faire bah forcément t'es stressée tu vois.
Donc parfois, une conversation qui n'a rien à voir hein tu peux juste introduire ton petit truc ou même tu vois faire un truc en mode jeu ou quiz comme ils faisaient là-bas ou en mode activité ça je trouve que c'est important parce que la personne se trouve moins dans un climat où c'est figé, où *«Bah la personne en blouse blanche elle a raison et moi ben j'ai pas mon mot à dire.»*, tu vois.
Déjà que dans les services ça tourne souvent, les aides-soignants tournent souvent t'es là tous les jours tu vois quelqu'un d'autre et des personnes en fait que tu as vu 2ou 3 jours dans la semaine, ont la science infuse tu vois.
Ça braque aussi de se dire *«Ben j'ai pas mon mot de dire, je peux pas dire quoique ce soit.»*
Le fait de juste laisser la porte ouverte ou même de faire ça sous forme de jeu, des trucs comme ça ben ça aide, ça aide vraiment.

L'étudiante : - De toute façon enfin sous une forme de jeu ça peut être par exemple au niveau de «L'atelier Diabéto'» ?

L'IDE : - Oui, des jeux de cartes aussi des jeux de de enfin des quiz, des trucs comme ça tu vois. Souvent ça passe plus *«Réponse A, réponse B.»*

L'étudiante : - C'est bien, et ce serait avec le patient seul ou bien en groupe ?

L'IDE : - Peu importe tant que ça passe.

L'étudiante : - Ah c'est bien, avec une récompense par exemple *«Si vous avez tel temps de réponse.»*

L'IDE : - Voilà tu vois.

L'étudiante : - Oui puis ça permet de de faire passer le message.

L'IDE : - Oui, plus en douceur parce que forcément quand ça passe en douceur c'est mieux accepté que *«Vous devez faire ça et point barre ! »*
C'est pour ça que je te disais enfin d'apprendre à lâcher du lest aussi.

L'étudiante : - C'est vraiment faire en sorte de poser les bonnes bases pour que ...

L'IDE : - Pour que ça se passe bien parce que le but c'est pas qu'ils reviennent avec le même problème, avec le même type et que on se retrouve tu vois euh avec des glycémies «au plafond» et qu'ils ne soient pas observants.
Le but c'est qu'ils soient observants et que ça se passe bien, qu'ils soient pas frustrés, qu'ils soient pas en colère, qu'ils soient pas mal en fait parce que bien sûr que t'es mal quand tu peux pas manger un truc que tu veux.
Le moral ça pèse et t'as pas envie de prendre ta glycémie , t'as pas envie de prendre ton insuline, t'as pas envie de prendre ta Metformine parce qu'en fait t'es fatiguée, t'en as marre car tu peux pas manger ce que tu veux.
L'état d'esprit de ton patient joue sur l'observance.

L'étudiante : - En plus c'est une maladie chronique donc forcément les patients ne sont pas toujours motivés pour être observant, pour prendre l'insuline et cetera donc c'est bien aussi.
De ce que j'ai pu voir, lorsqu'une personne [diabétique] mange un chocolat par exemple, elle peut être dans la culpabilité après.

L'IDE : - C'est pas le but non plus, c'est pas c'est pas le but. *«Ok bon j'ai mangé mon chocolat bon bah je vais recontrôler ma glycémie dans 2h00et si je suis en hyper ben je me fais une petite insuline derrière»*, tu vois.

Le but c'est pas que tu culpabilises, que tu ne sois pas bien et que ça te stresse. T'es minée en fait enfin enfin voilà la maladie ne doit pas déterminer non plus ton style de vie tu vois.
Tu dois être capable de te faire plaisir mais en faisant attention parce que forcément c'est dangereux si tu fais attention.

L'étudiante : - D'accord. Et pour la dernière question, avez-vous d'autres éléments que vous souhaiteriez rajouter sur ce thème, pour conclure ?

L'IDE : - Moi je pense que c'est pas que c'est pas assez pris en charge mais je pense que surtout en tant que professionnel parfois on oublie je pense le côté bah c'est des personnes qui ont besoin de se faire plaisir comme tout le monde et je pense qu'en tant que professionnel devrait faire attention à ça. Se dire *«Moi si j'étais dans la situation comment je serais, comment je réagirais ?»* et ça je pense que ce serait un truc qu'il faudrait faire attention et je pense que toutes les structures en vrai devrait avoir un style d'ateliers diabéto' tu vois même si c'est pas forcément exactement les mêmes ressources mais au moins un mini truc pour que les patients puissent interagir entre eux et se dire *«Bon bah je suis pas tout seul»* ou même réapprendre à s'alimenter autrement, ou réapprendre à ... **(elle n'a pas fini sa phrase).**
Je pense que parfois, on se dit euh en fait prendre en charge un diabétique c'est juste prendre sa glycémie, lui faire son insuline et je lui donne ses médicaments alors que c'est tellement plus que ça en vrai et je pense que souvent, je pense que faudrait aussi éduquer les soignants à ça parce que bah on n'est pas forcément euh éduquer à ça donc au fur et à mesure t'es jeté dans le bain et là tu te rends compte que ah oui tous tes patients ils sont pas observants, que tous tes patients ne vont pas accepter juste que tu piques 2 ou 3 fois par jour parce que t'as beau dire, t'as beau expliquer que c'est pour son bien ben il a pas envie et je pense que ça serait bien de de nous apprendre, de nous apprendre, comment que **(elle n'a pas fini sa phrase).**
En fait prendre en charge un diabétique c'est pas seulement faire sa glycémie et point barre, c'est tellement plus que ça, c'est c'est son moral c'est regarder comment il tient, c'est regarder que *«Bah ouais là pff aujourd'hui j'ai pas envie de me faire piquer !»* parce qu'en fait on est jeté dans le grand bain et tu te heurtes à un patient et il a pas envie.
Il en a rien à faire aujourd'hui de ta glycémie, aujourd'hui il en a pas envie.
Tu peux faire tout ce que tu veux aujourd'hui il en voudra pas et il va descendre en bas à la cafét', il va se manger un Kinder et il va remonter et il sera bien parce que bah tu l'as frustré tu vois. Alors que si tu lui dis *«Bon bah aujourd'hui on va pas manger tout le paquet de Kinder mais un Kinder sur deux et après je reviens vérifier si tout va bien»* bah ce sera plus facile voire acceptable que *«Ben non euh vous mangez pas et points barre !»* et je pense que ben même à l'école on nous apprend *«c'est comme ça c'est comme ça»* tu vois même pas seulement pour le diabète mais pour d'autres pathologies mais ils restent des êtres humains et ben forcément c'est c'est plus que ça tu vois.
C'est comme quand on te dit *«Vous attachez pas»* mais t'as toujours cette petite mamie

trop mignonne tu vois et quand tu vois qu'elle en fin de vie bah ton cœur il **(elle imite un pincement au cœur)** tu vois.
Bien sûr que tu dois pas t'attacher mais en fait c'est de la relation enfin c'est un peu la base de notre métier (la relation humaine) donc bien sûr qu'on doit pas attacher mais t'as un petit côté toi qui dit *«Ah mais elle est trop mignonne»* et bien sûr que ça te faire un petit truc quand même quand elle est en fin de vie ou qu'elle décède.
Et aussi pareil dans le contre sens quand tu vois que le patient se rétablit hyper bien, ça te fait hyper plaisir parce que tu vois que c'était des personnes qui étaient pas forcément hyper bien mais maintenant tu vois qu'ils repartent sur leur deux pieds, tu vois qu'ils sont observants parce que quand t'as trouvé la bonne manière de faire et parfois la bonne manière de faire c'est pas forcément suivre à la lettre ce qui est dit dans le référentiel, ce qui est dit dans tes cours. Parfois la bonne manière de faire c'est te dire *«Bon ok là ça marche pas, je vais essayer autre chose. Et si je vois que si je lui dis comme ça, comme ça, ça va pas marcher bah je vais passer en douceur. Je vais essayer de dire que c'est OK aujourd'hui on mange un petit carré de Kinder mais demain du coup fromage blanc sans rien avec des sucrettes.»*
Imagine que ton patient refuse que tu lui prennes sa glycémie ? Il est dans son droit de refuser le soin tu vois et le but c'est pas ça.
Le but c'est que ça se passe bien donc je pense que faudrait que les soignants même les aides-soignants peu importe puissent avoir une partie où comment prendre en charge certaines pathologies surtout les pathologies qu'on rencontre souvent comme la BPCO, l'apnée du sommeil, le diabète. Comment bien prendre en charge tu vois.
Moi par exemple le premier jour ben c'était juste ça puis je rencontre un patient qui me dit *«Tu vas pas prendre ma glycémie !»* et moi j'étais là (**fait les mimiques d'une personne choquée**).
Et en fait t'es en train de réfléchir à tes 8 personnes que tu dois avoir derrière et là t'as pas le temps de passer 30 min à à négocier. Et du coup bah quand tu t'y prends tôt ça se passe mieux.
Je pense que ce serait bien qu'on ait une formation comme ça et même aussi tu sais le questionnaire du début je trouve que c'est une bonne idée pour voir ton patient où il en est parce que parfois y a pleins de patients qui font les trucs machinalement et qui savent pas pourquoi ils le font.
Ca aussi c'est une part de frustration quand tu ne comprends pas pourquoi tu fais les choses.

L'étudiante : - Oui c'est sûr, ils font les choses machinalement.

L'IDE : - Je pense que ça c'est bien aussi pour refaire un point, parfois juste leur redemander *«Alors vous en êtes où ?»*. Je pense que c'est bien.

L'étudiante : - Comment cela s'est terminé avec le patient qui a refusé que vous prenez sa glycémie ?

L'IDE : - J'ai pas pu prendre de la journée, il m'a dit non, j'ai négocié comme je

pouvais mais il m'a dit non**.** Le lendemain bah je lui ai dit *«Je vous donne une brique de jus de pommes si vous me laissez vous prendre votre glycémie»* **(rires)**. Il m'a dit *«C'est vrai ?»,* je lui ai dit *«Oui je vous assure, je ne mens pas»*, il m'a répondu *«Si je me fais avoir ...», je lui ai dit «Mais je ne vais pas mentir, regardez la brique elle est dans mes mains, je ne vais pas mentir»* après ça s'est hyper bien passé.
Après tu vois je lui ai pas donné une brique de jus de tous les jours.

L'étudiante : - Oui bien sûr.

L'IDE : - Mais tu vois quand je voyais qu'il était sur mode **(expression incompréhensible)** tu vois.
Après j'ai recontrôlé par contre hein, j'ai flippé le premier jour que j'ai fait ça.
Après il était pas monté beaucoup, il était passé de 6,4 (mmol/L) à 9,3 de mmol. Ça va, j'ai recorrigé derrière et ça a été tu vois.
Mais ouais le premier t'es frustrée, tu te dis *«Oh en fait faut que je ...»* **(elle n'a pas terminé sa phrase).**
Parce qu'en plus en fait t'as peur qu'il soit en hypo(glycémie) et que tu puisses pas réagir et t'as peur qu'ils soit en hyper(glycémie) et que tu puisses pas réagir mais euh après ça a été hein.
Même lui tu vois sa femme lui ramenait des trucs, il sonnait pour dire *«Bon ok j'ai mangé ça. Je sais que je n'aurais pas dû mais je l'ai fait»* et du coup c'est important parce que du coup tu vois que tu peux avoir confiance en ton patient.
Et ton patient aussi il a confiance en toi, il sait que tu vas pas ici tu vas pas gueuler, que tu vas pas en faire toute une histoire. Donc il te dit *«Bon bah j'ai mangé euh...»* **(elle n'a pas terminé sa phrase).** Je crois qu'il avait mangé une tarte au citron un truc comme ça et j'ai dit «Bon OK».
J'ai recontrôlé derrière et il était pas méga en hyper mais j'ai corrigé et tu vois il s'est dit *«Bon bah OK en fait elle comprend elle comprend.»*
Savoir que la personne en face te comprend bah forcément ça se passe hyper mieux que la personne qui dit *«Ouais mais moi je suis pas diabétique donc non je comprends pas !»* tu vois.
Donc moi je suis pas des diabétique je peux manger ce que je veux, si j'ai envie de manger 3 flans le même jour je peux le faire tu vois. Mais lui dans sa tête il se dit *«Bah en fait tu comprends pas ce que je traverse»* et lui donner l'impression que tu comprends parce que je comprendrai jamais à 100% ce qu'il traverse mais lui donner l'impression que tant que tu entends ce qu'il traverse bah ça aide, ça aide vachement.
Puis même parfois aussi pas forcément pendant les tours juste parfois juste aller dans la chambre de son patient et discuter avec lui. Juste parfois tu peux apprendre énormément de choses tu vois en posant des questions sur lui, sa famille, comment ça se passe, etc et ben tu apprends énormément de choses.
Et je pense que c'est un côté qu'on exige ben en même temps l'institut hospitalier est tendu en ce moment parce qu'il manque du personnel du coup c'est un peu du travail à la chaîne.
J'ai créé du moment où je discute vraiment de rien à voir avec l'hôpital, rien à voir et

ça t'aide, ça t'aide à créer un petit contact avec ton patient et forcément pour les soins euh tu vois euh forcément pour les soins après il est plus apte parce qu'il se dit que tu t'intéresses pas que à ses soins mais à lui et surtout qu'à l'hôpital tu vois enfin y en a qui n'ont pas forcément de la visite parce que les familles travaillent aussi.
Donc forcément ça, ça aide. Et puis à un moment quand ton patient voit que ben tu t'intéresses à autre chose que de faire ta prise de sang et du lui faire sa glycémie, ça aide parce qu'il se dit *«Bon ben OK si demain je suis pas bien bah je sais qu'il y a quelqu'un avec qui je peux parler.»* Après il y a la petite satisfaction de se dire quand ton patient demande *«Vous êtes là demain ?»* et ben c'est satisfaisant. Tu te dis que c'était compliqué au début mais maintenant bah voilà ça se passe mieux, le patient est bien.
Voilà.

L'étudiante : - Merci pour votre participation !

L'IDE : - Pas de souci, de toute façon n'hésite pas !

L'étudiante : - Pas de problème.»

Entretien n°3 - IDE C :

L'étudiante : ««Bonjour, je m'appelle AB, je suis étudiante infirmière en troisième année. Je vous contacte par rapport à mon mémoire qui traite sur l'éducation thérapeutique chez le patient diabétique.

L'IDE : - Bonjour. D'accord je n'avais pas reconnu votre numéro.

L'étudiante : - Oui c'est parce que je vous appelle depuis mon téléphone fixe. Est-ce que cela vous dérange si j'enregistre l'entretien ?

L'IDE : - Il n'y a pas de problème.

L'étudiante : - Ok merci beaucoup. Alors pour la première question, j'aimerais savoir dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

L'IDE : - J'ai 28 ans

L'étudiante : - Ok, donc c'est entre 20/30 ans. Depuis quand êtes-vous diplômé ?

L'IDE : - Depuis 2005, ça fait 6 ans que j'ai été diplômé, en mars.

L'étudiante : - D'accord ok 2016 donc 6 ans du coup ok parfait. donc du coup vous avez 6 ans d'expérience.

L'IDE : - En diabétologie, j'ai jamais changé de service.

L'étudiante : - D'accord ok.

L'IDE : - Après notre service à un moment donné a accueilli un service de pneumologie et actuellement on est rhumatologie aussi donc euh après on reste un service de médecine donc j'ai vu pas mal de pathologies quand même.

L'étudiante : - D'accord ok Ah oui du coup c'est devenu mixte c'est ça ?

L'IDE : - C'est ça !

L'étudiante : - D'accord.

L'IDE : - Après on est un service, on est spécialisé en diabétologie mais on a un service de médecine donc en même temps on fait de la pneumo, on fait de la neuro, on fait de la cardio on fait un peu de tout après c'est juste qu'on n'est pas spécialisé dans ce domaine là quoi.

L'étudiante : - D'accord du coup votre spécialité c'est plus la diabétologie ?

L'IDE : - La diabétologie ouais depuis 6 ans et la rhumato' depuis 2 ans.

L'étudiante : - Ok parfait donc hmm justement il y a une question autour du parcours professionnel. Donc vous m'avez dit c'est diabétologie. Vous n'avez jamais changé de service ?

L'IDE : - Non j'ai juste pompier encore et voilà.

L'étudiante : - Ok.

L'IDE : - C'est le parcours professionnel avec 2 ans de pneumo' et des patients COVID et ensuite on est devenu un service rhumatologie ça fait 2 ans à peu près.

L'étudiante : - Ok parfait merci pour ces informations. Du coup, avez-vous déjà pris en charge des patients atteints du diabète de type 2.

L'IDE : - Oui tous les jours, oui.

L'étudiante : - Oui **(rires)** je me disais pareil aussi. Donc hmm vous avez déjà été confronté à une situation où justement le patient était inobservant face à ses traitements ou face à son hygiène de vie ?

L'IDE : - Oui ça arrive régulièrement malheureusement !

L'étudiante : - D'accord et justement dans ce genre de situation qu'est ce que vous mettez en place ?

L'IDE : - Alors ça après ça dépend du patient parce que il y en a c'est leur culture qui les aide pas non plus à être observant et y en a c'est la barrière de la langue. Des fois c'est compliqué de mettre de l'éducation et tout ça en place donc on essaie de prendre euh parce que on essaie de prendre les familles avec nous quand c'est euh un problème de culture, de barrière de la langue et tout ça pour faire de l'éducation. Y en a qui entendent les risques et qui essaient de se reprendre en main mais ça dépend après de l'âge parce qu'il y en a ... parce qu'il y a le diabète de type 2 ça reste le diabète un peu des personnes d'un certain âge mais en général c'est 40 ans ou bien que maintenant il y a beaucoup de jeunes qui deviennent diabétiques de type 2 même. Et euh suivant l'âge qu'ils ont 70, 60 ans mais il y en a on a beau faire ce qu'on veut, ils disent *«Enfin je m'en fous j'ai déjà un certain âge voilà quoi grosso modo j'vais pas hésiter à me faire plaisir»,* il y en a qui après quand c'est une découverte qui sont observants pendant quelques temps mais après qui en ont rien à faire et après euh ceux qui arrivent dans le service pour déséquilibre du diabète parce qu'ils font pas attention et tout ça on essaie de les reprendre, de leur réexpliquer les risques, on essaie de leur réexpliquer l'alimentation qu'ils devraient adopter, euh l'activité physique quand c'est possible au moins de la marche mais et après voilà souvent c'est quand même des échecs ça dépend de l'âge. Pour les non-observants on essaie de comprendre les raisons aussi du pourquoi du comment parce que y en a qui arrivent ils sont en dépression parce qu'ils divorcent ou autre, on arrive à les remettre un peu dans le droit chemin entre guillemets si je peux me permettre mais euh après il y en a qui, qui n'accepteront jamais leur maladie et on a beau les éduquer 10-15 fois ça marchera pas quoi. Il faut presque qu'ils aient une grosse complication du diabète pour euh peut être réagir.

L'étudiante : - D'accord ça veut dire qu'en fait ils sont dans une phase par exemple de déni ou bien de refus ?

L'IDE : - C'est ça alors ça c'est surtout dans les chez les DT1 où ils en ont à un moment donné ras le bol, où ils arrêtent tout. Les DT2 ils continuent à prendre leurs cachets sauf qu'ils ... sauf que après bah ils suivent pas l'alimentation, l'activité physique. Ça nous arrive d'avoir des patients qui rentrent pour des déséquilibres du diabète avec une hémoglobine glyquée à 9-10 ou plus et on les prend dans le service sauf que dans le service ils ont l'alimentation qu'il faut et en fait ils sont vite euh ils sont vite rééquilibrés quoi. Et après on essaie de refaire tout ce qui est éducation on a, on a beau leur faire, leur répéter s'ils ont pas envie, s'ils ont pas le déclic dans leur tête ça marchera pas.

L'étudiante : - D'accord d'accord et justement pour venir sur l'alimentation, parce que

vous aviez dit que les repas sont adaptés justement à leur régime quand par exemple ils rentrent chez eux pour un retour à domicile, vous leur préconiser aussi d'adapter ce même type de repas ?

L'IDE : - C'est ça en fait ils ont vu plusieurs fois enfin au moins une fois voire plusieurs fois par la diététicienne. Si maintenant c'est un homme qui rentre et lui il fait pas du tout à manger et que c'est son épouse qui s'en occupe, on prend la diététicienne voit son épouse aussi et en fait elle lui explique qu'il faut tant et tant de ration de féculents, tant et tant de voilà. Elle essaye de ... d'abord elle voit les habitudes qu'ils ont donc elle essaie de leur faire un régime en fonction parce que nous on adopte les traitements en fonction parce que si la personne on lui dit 100 g de féculents**,** 60 g de pain ce qu'ils ont chez nous d'office à l'hôpital, plus 100 g de viande et euh et des légumes à volonté y en a qui sont brusques et qui qui qui se brusque qui ont pas envie de suivre ce régime là donc on essaie de voir leurs habitudes.
Y en a qui mangent pas du tout le matin donc on essaie de voir avec eux s'il y a pas possibilité qu'ils mangent un petit peu le matin ou des choses comme ça et euh on adopte un peu en fonction de la personne l'alimentation des fois les féculents bah ça suffit pas parce qu'ils ont encore faim derrière du coup on augmente, on voit comment ils réagissent au niveau de la glycémie et après on adapte le traitement en fonction.
Le but c'est pas de trop les priver c'est comme une personne qui doit faire un régime strict ça sert à rien parce que elle va vite abandonner et euh et du coup ils sortent avec un papier avec les différentes de la quantité qui doivent respecter à peu près pour leur repas pour être équilibré, les équivalents également et voilà après pour les aider au mieux au moment de la sortie quoi.

L'étudiante : - Oui c'est surtout ça pour éviter qu'il y ait une rechute et une réhospitalisation par la suite par exemple.

L'IDE : - C'est ça.

L'étudiante : - D'accord donc oui donc les aliments restent accessibles à partir du moment où on prend en compte les les habitudes du patient par exemple ceux qu'il aime etc.

L'IDE : - Après on leur explique que voilà c'est pas le croissant tous les jours, les frites tous les jours, la bière tous les jours quoi enfin c'est de temps en temps un petit plaisir mais voilà parce que la problématique du DT2 c'est que quand il fait des excès et enfin un du DT2 sous médicaments quand il fait des excès à part la marche, il peut pas éliminer le sucre autrement et il peut pas augmenter ses traitements.
La personne qui est sous insuline bah ça fait .. bah si elle fait un excès elle peut se rajouter un peu d'insuline pour ne pas être trop en hyperglycémie.

L'étudiante : - Elle recontrôle du coup par la suite si admettons elle prend une compote par exemple elle peut recontrôler par la suite et ajuster en fonction de sa glycémie.

L'IDE : - Après euh les diabétiques de type 1 on leur apprend calculer leurs glucides et tout ça et même s'ils vont manger au McDo ou au kebab ou des choses comme ça ils savent qu'ils sont pas hyper' en glucides et ils sont en bolus sans conséquence. Ça évite qu'ils soient déséquilibrés, que l'hémoglobine glyquée bouge de trop et qu'ils soient en hyperglycémie.
Ils peuvent se permettre une alimentation un peu plus riche si on puis dire.

L'étudiante : - D'accord donc contrairement aux personnes atteintes du diabète de type 2 du coup.

L'IDE : - Ouais sous médicaments parce que le diabétique de type 2 sous insuline bon après en général ils sont très résistants à l'insuline, ça dépend de leur corpulence et tout et que après s'ils ont un peu compris bah ils savent que s'ils mangent plus, ils se feront un peu plus d'insuline quoi.

L'étudiante : - Ah ok c'est sûr forcément. D 'accord , je comprends mieux. Est ce que dans votre service est ce qu'il existe des outils par exemple ça peut être des supports ou bien des groupes de parole afin de mettre en place une éducation thérapeutique envers ces patients là ?

L'IDE : - En fait moi dans mon, dans mon hôpital, euh il y a service d'hospitalisation de semaine c'est à dire que du lundi au vendredi, les patients rentrent soit pour une mise sous pompe, soit pour un déséquilibre du diabète, réévaluer les traitements, soi pour pour faire les examens des complications du diabète et du coup euh là-bas on est vraiment spécialisé, on a vraiment le temps pour l'éducation.
Moi mon service où je suis actuellement c'est un service euh un peu de aigu c'est-à-dire que le patient il va rentrer parce que ben on vient de découvrir un diabète, un médecin traitant qui appelle ou qui l'envoie aux urgences sur une découverte de diabète.
Il faut une hospitalisation de suite, on peut pas se permettre d'attendre de programmer en hospitalisation de semaine pas sur une plaie qui qui est pas jolie et qui entraîne un déséquilibre du diabète parce qu'il y a une infection, pour sur euh un déséquilibre du diabète voilà le médecin traitant vient d'avoir l'hémoglobine glyquée, il est à 10(%) d'hémoglobine glyquée on peut pas se permettre de le prendre en semaine, on essaie de le prendre rapidement en hospitalisation.
Du coup nous on reçoit les patients comme ça rapidement sans programmation donc y a pas d'examen programmé, il y a rien de programmé et en fonction de notre charge de travail nous on fait déjà une première partie d'éducation.
Donc moi je sais que quand j'ai le temps surtout le week-end, j'essaie de les prendre à plusieurs en groupe ça permet de ... enfin ça permet de si un patient a une question les

autres l'auraient peut être pas ou moi j'aurais pas pensé à leur en parler et du coup ça leur permet de discuter entre eux, de voir les complications, de voir des contraintes et tout ça et de parler de leurs propres expériences.
Après oui on a des moyens de, on a des outils de communication euh en hospitalisation de semaine. On a le ... on a des oh des genres de posters avec des dessins et tout ça pour mieux leur expliquer par exemple la plaie du pied, euh l'hygiène des pieds euh pourquoi elle est importante, quelles peuvent être les différentes complications du diabète euh après on n'a pas énormément d'outils. On a différents lecteurs de glycémie qu'on peut leur montrer euh, leur faire une démo pour qu'ils puissent les choisir.

L'étudiante : - D'accord.

L'IDE : - Après on a les différents prospectus des professionnels enfin des prestataires euh sur l'hypo', l'hyper', le voyage, l'alcool voilà. Alors on essaie de leur expliquer après on leur donne pour qu'ils aient quand même un outil et de pouvoir voir de quoi on vient de parler après je sais qu'en hospitalisation de semaine ils ont aussi des jeux de cartes.

L'étudiante : - C'est bien ça !

L'IDE : - Nous on n'a pas encore eu le temps trop de, de le voir mais euh voilà parce que après nous on dégrossit et quand ils sont là la semaine on essaye de les envoyer aux ateliers thérapeutiques avec des patients de semaine mais nous on va vraiment dégrossir parce que quand ils arrivent alors si c'est une découverte de diabète on donne trop trop d'infos d'un coup on les perd et après ils retiennent rien du tout. Quand ils rentrent pour un déséquilibre du diabète bah on essaye de revoir les, les difficultés qu'ils ont eu le pourquoi du comment. Si c'est un déséquilibre de diabète sur une infection, bon bah il faut traiter l'infection et revoir si l'alimentation va bien et si c'est sur des troubles alimentaires parce qu'il y a du grignotage ou il mange sucre ou des excès, nous on essaye de voir de notre côté mais après c'est plus la diète' qui va les revoir.

L'étudiante : - D'accord.

L'IDE : - Et nous on va le voir au niveau du traitement voir si maintenant il y a par exemple une insuline qui a été un intégrée au traitement bah on va leur apprendre à se piquer, à se gérer pour qu'ils soient le plus autonome possible et voilà.

L'étudiante : - D'accord et à au niveau de l'assimilation de la pathologie par exemple quand il y a l'annonce, comment ça se passe en général chez les patients ?

L'IDE : - Bien souvent l'annonce est faite de base par le médecin traitant ou par les urgences parce que forcément ils leur disent *«Bah vous êtes diabétique»* voilà donc

voilà.
Ils montent donc nous on essaye de dégrossir déjà, notre médecin les voit alors sûrement la réaction qu'ils ont eu au niveau de l'annonce c'est-à-dire que s'ils ont eu une acidocétose on part plutôt sur un diabète de type 1 qui sont surtout s'ils sont très maigres et tout ça mais mais on attend quand même des anticorps des fois on a des surprises ou ça peut aussi être un cancer du pancréas ça peut arriver aussi. Et après si jamais ils sont assez corpulents, ils ont un certain âge, il y avait pas d'acidocétose on part plutôt sur un diabète de type 2 donc on leur demande déjà s'ils connaissent le diabète, s'ils savent ce que c'est alors on a bien souvent on nous dit *«Bah oui mais est-ce que je vais avoir ça à vie ?»* et on leur dit oui enfin. Un diabétique une fois qu'il est diagnostiqué diabétique même un diabète de type 2 si une personne se reprend vraiment, vraiment bien en main, qui fait une bonne activité physique et qui a une alimentation très équilibrée des fois ça peut arriver qu'ils sont pas du tout sous traitement, que ça suffise ça va durer euh quelques semaines, quelques mois.
J'avoue qu'entre 6 ans moi j'ai jamais vu je crois que j'ai entendu une fois mais c'est très, très, très rare donc euh c'est vraiment sur des personnes dès qu'on voit que le taux de sucre commence un petit peu à augmenter donc on leur dit *«Attention»* et là ils arrivent à calmer la maladie quelques semaines, quelques mois, peut être 1 ou 2 ans mais pas beaucoup plus.
Du coup on leur explique euh les différents types de diabète mais on va pas trop dans le détail et on va plus dans le détail sur leur type de diabète à eux.

L'étudiante : - D'accord.

L'IDE : - Par exemple, hier j'ai eu deux découvertes de diabète de type 1, on suspecte un type 1 mais sans les anticorps on peut en être sûr mais ils ont fait de l'acidocétose. On leur dit *«Voilà on n'est pas on n'est pas sûr de nous à 100%, faut qu'on attende les résultats biologiques mais d'après vos symptômes et d'après votre corpulence on part plutôt sur un type 1 donc je vais pas vous bourrer d'informations sur le type 2 et je vais essayer de vous éduquer sur le type 1 quoi.»*
Du coup voilà après on parle un peu du diabète et après on parle de surtout de la surveillance des glycémies pour qu'ils choisissent le lecteur c'est la priorité et ensuite ils seront suivis par la diéte' derrière et nous on le fera derrière pour combler un peu quitte à les reprendre en hospitalisation deux semaines derrière

L'étudiante : - D'accord je vois.

L'IDE : - Parce qu'en fait les premiers jours faut surtout qu'ils acceptent la maladie. Souvent ces personnes là grignotent énormément et mangent beaucoup de sucre et du coup là du jour au lendemain on leur dit *«Oui par contre ça faudra vraiment arrêter quoi.»*

L'étudiante : - Et puis ça doit pas être facile à arrêter du jour au lendemain vu que ça

faisait parti de leur hygiène de vie.

L'IDE : - Non après moi ce que je leur explique c'est que je leur dis que maintenant le diabète c'est vrai il y a énormément, énormément de personnes qui sont diabétiques et que ben il y a des pâtisseries qui se font sans sucre ou avec de l'aspartame ou des choses comme ça donc y a des choses comme ça qui peuvent être revues.
C'est comme hier j'avais un patient qui me dit *«Les sodas»* je lui dis que non c'est la pire des choses à la limite le coca zéro, le soda zéro et voilà.
Alors il y en a qui le comprennent, il y en a qui l'acceptent, y en a qui ont plus de difficulté à l'accepter et après bien souvent quand ils ont la famille à côté on essaye de le faire avec la famille, d'en parler avec le conjoint ou la conjointe pour que ils aient le soutien et que la personne à côté sache de quoi on leur a parlé.

L'étudiante : - Oui bien sûr puis ça aide justement à ce que la famille fasse partie de la prise en charge pour comprendre certaines informations.

L'IDE : - C'est ça. Alors après il faut qu'on prenne les familles avec. Des fois il y a les patients qui refusent ou s'ils sont seuls c'est différent mais on essaye de prendre euh la personne avec quand on peut pour pour qu'elle connaisse euh le diabète également qu'elle ait aussi les conseils qu'on donne aux patients pour le motiver quand il a des coups de mou. Après sur le diabète de type 1 hier euh ben je lui ai dit *«Vous avez eu de la chance, vous avez 43 ans et votre diabète on le découvre maintenant normalement le diabète de type 1 c'est le diabète des jeunes quoi.»*
Donc euh après voilà l'avantage du diabétique de type 1 c'est qu'il peut se permettre un peu plus de excès parce qu'il a l'insuline mais bon après une piqûre d'insuline à rajouter quoi.

L'étudiante : - Ah oui.

L'IDE : - Donc les contraintes c'est qu'ils doivent se piquer beaucoup plus souvient qu'un diabétique de type 2 qui est sous médicaments, lui les contrôles glycémiques c'est une journée dans la semaine donc euh c'est rien par rapport à un diabétique de type 1 où c'est six fois par jour la glycémie donc on essaie de leur conseiller quand même les Freestyles rapidement et après il y a encore minimum 4 injections d'insuline par jour si c'est pas de rajouts et si c'est pas de collation. Donc ça fait beaucoup de choses en une journée et ça c'est plus compliqué à accepter.

L'étudiante : - Oui ça fait énormément et puis ça peut aussi jouer euh sur l'image corporelle par exemple.

L'IDE : - Parce que après c'est ce que ... par exemple pour le Freestyle c'est ce que je leur dis, il y a la possibilité d'avoir le Freestyle mais par contre c'est visible à l'œil nu enfin c'est visible aux yeux de tout le monde. Si vous êtes en T-shirt, tout le monde peut voir que vous êtes diabétique donc faut pouvoir accepter parce que enfin y a un

jeune qui va passer il va dire *«Ah regarde maman c'est quoi ça ? Pourquoi il a ça le monsieur ?»* Voilà donc il faut pouvoir l'accepter ça, ce genre de remarque.
Moi j'ai une dame qui nous a refusé d'être mise par exemple sous pompe à insuline pour son image corporelle parce qu'elle a dit que ça se voit sous les vêtements alors qu'elle s'habille avec des vêtements amples euh ça se voit, après dans l'intimité aussi c'est compliqué parce que bien souvent les pompes sont à fil voilà y a plein de choses à voir et c'est pour ça que d'où l'importance de prendre la personne qui vit avec pour faire de l'éducation et trouver une solution.

L'étudiante : - Oui en effet je suis d'accord. Juste pour revenir sur les patients qui ne parlent pas bien la langue, qui présentent une barre linguistique, est ce que vous avez aussi des outils qui leur sont adaptés par exemple en anglais ou bien dans d'autres langues ou bien s'il y a un interprète qui peut venir dans le service enfin ce sont des exemples pour qu'eux aussi puissent assimiler l'éducation thérapeutique, les bons gestes, etc ?

L'IDE : - Alors bien souvent quand c'est des Anglais ou autre ou des Allemands il y a bien souvent quelqu'un dans leur entourage qui parle le français donc qui nous aide à faire l'éducation. Pareil quand ils sont Turcs ou Arabes euh pour faire la traduction parce que des fois c'est compliqué de trouver des interprètes à l'hôpital, on manque de temps et d'argent aussi parce que les interprètes il faut les payer. Donc jusqu'à présent nous on essaie de se débrouiller aussi après c'est vrai qu'on n'arrive pas à ... moi je parle par exemple un peu l'allemand, j'ai des collègues qui parlent un petit peu espagnol, qui parlent un petit peu l'anglais il y en a ... mais voilà après le problème c'est que les médecins gèrent mieux l'anglais que nous donc encore les anglais ils arrivent à leur faire un peu d'éducation et quand on doit faire de l'éducation poussée c'est beaucoup plus compliqué quand il y a la barrière de la langue. On est confronté encore aujourd'hui, on a toujours réussi se dépatouiller mais c'est vrai qu'en hospitalisation de semaine c'est un peu plus compliqué.
J'ai essayé de le faire un petit peu et après il y avait quelqu'un qui parlait allemand/français donc euh dans son entourage donc elle est venue donc on l'a fait avec elle et elle traduisait tout.

L'étudiante : - Donc l'information était mieux passée ou du moins le patient parle arrivait à comprendre.

L'IDE : - Oui après de toute façon c'est une patiente d'un certain âge qui était sous insuline donc dans tous les cas il lui fallait une infirmière libérale parce que c'est trop compliqué pour elle.

L'étudiante : - D'accord je vois ok.

L'IDE : - C'est beaucoup plus compliqué sur une personne jeune de 30 ans qui bouge beaucoup et on peut pas leur mettre d'infirmière libérale parce que sinon ils auront

trop de contraintes et dans ce cas-là ils vont vite lâcher, lâcher prise enfin ils vont se dire *«C'est bon ça me saoule, j'arrête tout !».* Donc notre but quand ils sont vraiment très très jeunes et qu'ils sont intéressés et que cognitivement ça marche bien et qu'ils comprennent parce que ça nous arrive d'avoir des jeunes qui comprennent pas grand chose qui nous disent «*Oui oui»* et du coup eux on essaie de les rendre le plus autonome possible et leur parler du tous les risques possibles et euh après s'ils sont Anglais et tout c'est un peu plus compliqué mais en général ils arrivent à se dépatouiller en français mais ça m'est encore jamais arrivé avec des jeunes.

L'étudiante : - D'accord oui surtout en plus les jeunes euh parfois la prise en charge elle est différente comme on disait tout à l'heure on s'adapte du moins au niveau de l'âge en fait.

L'IDE : - C'est ça on essaie de voir en fonction de leurs connaissances parce que il y a... moi j'ai eu le cas hein il y a des jeunes de 16 ans 17 ans on en a un qu'on a eu, voilà ça fait un moment qu'on l'a pas revu mais on l'avait dans le service sous thérapeutique.
Tous les 4 mois, il faisait n'importe quoi, il faisait pas son insuline du coup acidocétose tout le temps. Il y en a une autre de 22 ans c'est pareil on l'a au moins tous les tous les 6 mois si c'est pas plus elle a déjà beaucoup de complications du diabète et alors que j'avais un autre jeune de 17 ans bah super intéressé,super à l'écoute qui a été mis sous pompe au bout 3 mois,a qui hémoglobine glyquée au top voilà qui ne s'empêche pas de vivre mais qui prend pas de risque parce qu'il a le mental.
C'est ce que je disais il y a des jeunes qui traînent qu'avec des fumeurs et qui fumeront jamais et des jeunes bah son pote il fume donc faut qu'il fume, son pote il boit bah il va picoler ça dépend de la mentalité de la personne et ça dépend de comment elle accepte la maladie et comment elle est soutenue par ses proches.

L'étudiante : - Oui ça joue aussi un rôle justement dans l'accompagnement ou du moins dans la traversée de la pathologie.

L'IDE : - C'est ça même des fois les jeunes sont livrés à eux-mêmes et du coup on les perd quoi au bout d'un moment ils sont en rupture thérapeutique une fois, deux fois, trois fois et on a beau pour les re avoir dans le service et on leur rabâche toujours la même chose les complications,les problèmes qu'ils peuvent avoir et tout surtout quand ils sont super jeunes quoi c'est dommage.
Mais bon y en a on a beau le réexpliquer et tout mais ça ne marche pas.

L'étudiante : - Malheureusement.

L'IDE : - C'est ça.

L'étudiante : - Oui, du coup la question suivante c'est je pense qu'on l'a un petit peu mentionné mais face à ce genre de situation est-ce que vous faites appel à d'autres

professionnels ou à des personnes de ressources donc on avait parlé de la famille par exemple mais s'il y avait d'autres personnes éventuellement qui sont sollicitées dans ce genre de cas ?

L'IDE : - Après des fois on propose la psychologue parce que hier par exemple sur une découverte de diabète je leur ai dit *«Si jamais vous avez du mal à accepter la maladie ou autre c'est possible d'avoir une psychologue aussi, elle peut vous aider à faire accepter et à faire son cheminement»* donc c'est rare pour le diabète. C'est quand il y a de gros chocs émotionnels derrière et tous ceux qui veulent bien être suivis mais sinon c'est très très rare.
Sinon ben après si moi je vois que j'arrive pas à me faire entendre, que la personne me comprend pas ou voilà des fois on essaie de demander à une collègue de prendre le relais parce que parfois moi je peux pas être assez clair ou ça peut ne pas passer avec un patient ça peut arriver mais bon ça en général quand même je crois pas que ce soit trop enfin je crois pas que ce soit trop arrivé et après bah il y a les diètes, il y a les médecins qui repassent on est plusieurs à en parler et on essaie de se compléter au niveau des informations et après c'est la famille qui fait le plus gros hein.
Le patient surtout et après la famille qui peut, qui peut aider et soutenir à faire le plus grand quoi.

L'étudiante : - Oui, c'est pour ça l'importance aussi de bien éduquer la famille pour qu'elle puisse par la suite prendre le relais c'est ça.

L'IDE : - Notre but surtout chez les diabétiques de type 1 où c'est beaucoup plus dangereux quand c'est une grosse rupture thérapeutique, notre but c'est d'éviter ça c'est que oui de temps en temps il va avoir de faire des excès et voilà mais ne jamais arrêter complètement les traitements parce que c'est la catastrophe quoi. Alors que le diabétique de type 2 bah tant pis il va être un peu déséquilibré là le risque c'est que ouais le sucre se loge dans les yeux, dans les artères et tout ça, qu'il perde la sensibilité au niveau des pieds, qu'il perde la sensibilité au niveau des yeux, qu'il ait des soucis au niveau des reins enfin voilà mais y a moins de risque qu'il tombe dans un coma, qu'il aille en réanimation.

L'étudiante : - Oui contrairement au diabétique de type 1.

L'IDE : - C'est ça, après le but c'est d'éviter tout enfin ils suivent tous bien leur traitement mais malheureusement on vit pas encore dans le monde des Bisounours.

L'étudiante : - Malheureusement non , pas pour le moment **(rires)**.

L'IDE : - C'est ça.

L'étudiante : - En tout cas oui c'est c'est intéressant à savoir que la psychologue aussi peut être sollicitée dans ce genre de cas pour permettre au patient par exemple, je pense, pour lui permettre de s'exprimer par rapport à comment il vit sa pathologie.

L'IDE : - Après nous aussi on essaie de les mettre en confiance *«Qu'est-ce qui vous fait peur ? Qu'est-ce qui vous met en difficulté ?»* enfin voilà on essaie quand même.

L'étudiante : - Oui oui justement et puis je pense que la relation avec le le patient aussi ça joue, dans le rôle infirmier.

L'IDE : - C'est ça.

L'étudiante : - D'accord ok merci pour cet élément de réponse supplémentaire. Juste donc dernière question si vous avez éventuellement d'autres éléments à rajouter qu'on n'a pas pu mentionner durant l'entretien ?

L'IDE : - Moi je pense qu'on a déjà bien fait le tour quoi, mais c'était quoi la situation qui a provoqué ce TFE ?

L'étudiante : (J'explique à l'IDE ce qui m'a poussé à rédiger le mémoire sur ce thème, en lui parlant de la situation initiale. Au moment où j'ai abordé le fait que la patiente voulait prendre tous ses traitements d'un coup, l'IDE a réagi en disant «Ah l'horreur !»)

L'IDE : - Ça c'est le genre de patients on a beau leur expliquer le risque enfin voilà s'ils ont envie d'en faire qu'à leur tête ben ils en feront quand même qu'à leur tête sauf que c'est le genre de patients qui vont nous dire *«Oui oui»* et par derrière ils en font qu'à leur tête et après ils vont pas forcément nous aider à trouver la raison de leur déséquilibre quoi.

L'étudiante : - Oui c'est ça.

L'IDE : - Malheureusement mais bon on a de tout malheureusement.

L'étudiante : - Oui après c'est un peu complexe de devoir gérer ce genre de situations avec ce genre de patients comme j'ai pu essayer justement de négocier parfois avec cette patiente mais qu'elle voulait quand même prendre ses traitements en même temps donc bon.

L'IDE : - Ouais y en a on a beau leur expliquer ils veulent pas comprendre et après y a même des professionnels qui ne sont pas formés sur le diabète alors qu'on en trouve de plus en plus. Moi j'ai pu le voir avec ma maman, elle était hospitalisé ils lui ont arrêté la Metformine® parce qu'elle était à 0,70 (g/l) le matin sauf que la

Metformine® ne provoque pas d'hypoglycémie quoi et 0,70 (g/l) c'est pas une hypoglycémie c'est à la limite hein mais voilà elle allait avoir le petit-déjeuner et puis voilà.
Il y a beaucoup trop de professionnels qui ne sont formés, j'ai aussi une étudiante qui me dit *«Bah j'étais au SSR 2 unités ça sert à rien des fois ça passe même pas dans l'aiguille»* alors comment te dire **(rires)**
Elle m'a dit *«Ah bah une infirmière en SSR qui m'a dit que ça sert à rien de les faire ça passe pas dans l'aiguille»* alors déjà ton aiguille il faut toujours la purger pour être sûre qu'elle fonctionne de un et de deux 2 unités t'en a même pas besoin quoi et 2 unités y a des patients qui chutent bien leur diabète et ça leur suffit amplement parce qu'ils sont pas résistants à l'insuline et du coup voilà mais l'infirmière préfère ne pas les faire parce que c'est prescrit et que ça sert à rien.
Sauf que malheureusement on a de tout même des professionnels qui font n'importe quoi parce qu'ils savent pas au lieu de se former, d'appeler les personnes concernées qui peuvent leur répondre ben ils préfèrent faire n'importe quoi malheureusement.

L'étudiante : - Et puis après au final c'est délétère pour le patient.

L'IDE : - C'est ça après le diabète c'est une maladie qu'on retrouve de plus en plus et dans n'importe quel service un patient peut venir pour une opération de la hanche et être diabétique par exemple.
C'est comme en gastro', ils arrêtent l'insuline lente parce que le patient doit se faire opérer, non l'insuline lente on est censé pouvoir la faire il est pas censé faire d'hypoglycémie même s'il est à jeun pendant 48h.
L'étudiante : - Ah oui surtout dans ces cas-là .

L'IDE : - Après oui il faut pas faire de rapide parce qu'il va pas manger mais une lente normalement c'est pour ça qu'on la règle en fonction de la glycémie du matin. Si elle est bien réglée on n'est pas censé faire d'hypoglycémie même sans manger.
Après vraiment si on a peur n'importe qu'il fasse une petite hypo', qu'il arrive trop bas, on peut toujours réduire de 2 ou 4 unités mais si on la fait pas ça peut avoir des conséquences aussi grave.

L'étudiante : - Et ça justement ce ne sont pas tous les soignants qui sont formés à ça et après je pense que dans la formation bon on nous l'explique en pharmacologie mais entre temps on peut oublier.

L'IDE : - Et même tous les médecins sont pas formés, tous les soignants sont pas formés la problématique c'est que il y a des soignants qui cherchent même pas l'information. Moi la dernière fois j'ai une infirmière qui m'appelle et qui me dit *«Je suis désolée je t'appelle juste une question c** mais on a changé l'aiguille d'insuline elle me dit mais tu les purges toujours tes aiguilles d'insuline ? J'ai entendu que sur les nouvelles on n'avait plus besoin de les purger.»*
Je lui ai dit *«En fait quand tu la purges ça permet juste de voir si ton aiguille elle est*

fonctionnelle ou pas parce que si tu fais 2 unités avec ton stylo et que t'as tordu l'aiguille de ton stylo et tu vas réussir à pousser, tu penses avoir fait les 2 unités, tu vas jeter l'aiguille, ton patient sera haut tu ne sauras pas pourquoi et tu vas augmenter son insuline si tu fais 10 ou 12 unités le stylo se bloque au bout d'un moment mais jusqu'à 6 ou 8 unités il se bloque pas on pense l'avoir fait alors que c'est juste la partie qu'on doit percuté avec l'aiguille qui se gonfle.»
On pense avoir fait l'insuline alors que pas du tout et voilà. Tout ça parce qu'on n'a pas vérifié qu'elle fonctionnait.
C'est pour ça qu'on explique toujours aux patients de purger de 1 ou de 2 unités pour être sûrs d'avoir une aiguille fonctionnelle mais ça il y a beaucoup de soignants qui le savent pas et qui le font pas.

L'étudiante : - Dans ces cas-là ça vaudrait qu'il y ait par exemple un professionnel diabétologue qui se rend dans ces services là pour justement éduquer enfin du moins former les soignants les soignants ?

L'IDE : - C'est ça, après nous on a un protocole sur tout le CH euh concernant les pompes à insuline, quand ils sont déséquilibrés et qu'ils sont hébergés quelque part. Il y a des gens ils arrivent pas à suivre le protocole correctement, ils font pas les bolus après les repas parce qu'ils ont peur et ils tracent n'importe comment donc on sait pas à quelle vitesse il était et voilà. Donc c'est un manque aussi de formation parce que l'infirmière qui sait pas faire au lieu de se renseigner ben ils font un peu «au pif» en équipe au lieu de suivre vraiment les informations alors qu'on reste disponible quoi.

L'étudiante : - Oui vous restez vraiment des ressources au sein de l'hôpital au cas où s'il y a une question dans un autre service par exemple.

L'IDE : - Oui après quand ben on sait pas, on sait pas moi non plus je n'ai pas la science infuse, je sais pas forcément tout. Demain on me demande de mettre un PCA de morphine je sais pas le faire mais je vais aller chercher l'information pour pouvoir le faire. Et donc tout le monde n'est pas comme ça malheureusement.

L'étudiante : - Oui c'est sûr alors que pourtant je pense que ça fait partie aussi du rôle infirmier au niveau du renouvellement des connaissances, mettre à jour ses connaissances autrement dit.

L'IDE : - C'est ça c'est ce que je disais aux étudiants j'ai dit *«Moi demain tu me dis ça, non je suis passée en chirurgie, le pansement c'est pas comme ça. Ah bah pas de souci on fait comment ? bah ouais c'est pas parce que tu es étudiant que tu peux rien apprendre. Moi j'ai été qu'en diabéto' et demain je vais en chirurgie, j'aurai tout à apprendre, je serai pas une bonne infirmière. J'ai tout à revoir parce que mon parcours professionnel ne me permet pas d'avoir toutes les connaissances nécessaires mais c'est à moi de me renseigner, c'est à moi de travailler mes pathologies et ça à moi de me former.»*

L'étudiante : - C'est sûr c'est comme partout. C'est c'est comme dans chaque service en tout cas.

L'IDE : - C'est ça, on verra bien.

L'étudiante : - Si vous avez rien d'autre à rajouter ...

L'IDE : - C'est bon.

L'étudiante : - Merci d'avoir pris le temps de répondre aux questions.

L'IDE : - Avec plaisir !

L'étudiante : - Merci vraiment c'était intéressant!

L'IDE : - Tant mieux, avec plaisir ! Bon courage.

L'étudiante : - Merci à vous aussi !»

Entretien n°4 - IDE D :

L'étudiante : «Bonjour, je suis étudiante de troisième année en soins infirmiers. Je souhaiterais vous poser des questions sur le thème de l'éducation thérapeutique chez un patient atteint du diabète. Permettez-vous que j'enregistre l'entretien ?

L'IDE : - Bonjour, d'accord. Cela ne me dérange pas.

L'étudiante active le dictaphone du téléphone.

L'étudiante : - Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

L'IDE : - Du coup qu'as-tu comme tranche d'âge ?

L'étudiante : - J'ai 20/30 ans.

L'IDE : - Ben 20/30. **(L'infirmière est âgée de 28 ans)**

L'étudiante : - Depuis quand êtes-vous diplômé ?

L'IDE : - Depuis 2018.

L'étudiante : - 2018, d'accord. Combien d'années d'expérience possédez-vous ?

L'IDE : - **(L'infirmière compte).** 4 ans

L'étudiante : - D'accord . Quel est votre parcours professionnel ?

L'IDE : - Alors du coup j'ai commencé en travaillant en service un peu partout parce que j'étais en intérim. J'ai fait de l'intérim dans les services aigus comme chroniques MCO euh, gériatrie et pas mal de soins à domicile ...

L'étudiante : - Au SSIAD ?

L'IDE : - Oui, pour ensuite aller en santé au travail.

L'étudiante : - Ca fait depuis quand ?

L'IDE : - Santé au travail du coup depuis 3 ans. J'ai fait un an de service un peu partout en intérim et après j'ai fait 3 ans en santé au travail.

L'étudiante : - Ok, super. Avez-vous déjà pris en charge des patients atteints du diabète de type 2 ?

L'IDE : - Oui.

L'étudiante : - Ok. Avez-vous déjà été confronté à une situation où le patient était inobservant face à ses traitements et/ou son hygiène de vie ? Et qu'aviez-vous mis en place ?

L'IDE : - Euh oui bah alors plusieurs enfin en plus c'est le type de pathologie qu'on rencontre partout, c'est le type de pathologie qu'on rencontre n'importe où humm. Alors au niveau de l'éducation thérapeutique qu'est ce que j'ai eu à mettre en place **(elle réfléchit)** là de tête parce que forcément dans la santé au travail j'ai plus ça mais là de tête est ce que j'ai un cas euh.
Ah oui si mais après ça remonte à juste après ou pendant mes études je sais plus.
Euh j'avais fait du du libéral et du coup j'allais voir un jeune garçon qui avait du coup euh qui était diabétique et qui était obèse et du coup il fallait non seulement faire l'éducation sur sur son hygiène de vie, fallait faire l'éducation sur son traitement du coup c'était un sujet assez particulier parce qu'il fallait s'adapter bah au langage du de l'adolescent et il fallait euh il fallait du coup bah il fallait avoir un suivi un peu plus particulier quoi.
Mais qu'est ce que j'ai mis en place ? à part son franchement à part son cahier qu'il devait remplir et et faire suivre tout le temps, c'était vraiment les les seules euh les seules choses que moi j'ai eu à mettre en place parce qu'après il fallait, il fallait que le protocole du médecin puisse être ajusté de façon à ce qu'on puisse continuer une éducation thérapeutique euh adaptée donc voilà.

L'étudiante : - D'accord, il y avait pas dans ce fameux cahier du coup ?

L'IDE : - Il y avait les prises, il y avait les premières prises qu'il devait faire au niveau de son dextro le matin à 8h, midi, 16h au goûter et l'après-midi. Après je sais que je lui donnais aussi des conseils au niveau de son hygiène où il fallait qu'il qui qui ... ou même les parents étaient impliqués pour qu'il puisse avoir une activité physique en dehors de l'école, aussi dans le but aussi de le récréer aussi parce que le fait que la maladie l'avait un peu renfermé hum elle l'avait un peu renfermé parce qu'il ratait beaucoup l'école, il avait beaucoup de de rendez-vous médicaux. Et du coup voilà je proposais aux parents de l'inscrire dans une activité extra scolaire, ce qui lui permettrait de de se dépenser et de réguler son poids et qui allait beaucoup joué aussi sur sa sa santé et son diabète bien évidemment.

L'étudiante : - Ok et ça avait fonctionné finalement ça avait été mis en place ?

L'IDE : - Ca avait été mis en place mais après j'ai pas suivi parce que moi j'étais juste intérimaire vu que j'allais pas jusqu'au bout mais comme j'avais aimé euh j'avais j'ai passé pas mal de temps pas mal de temps avec eux mais après j'ai pas été jusqu'au bout.

L'étudiante : - C'est déjà bien. La question suivante risque de un peu reprendre ce qu'on a dit dans la question précédente mais du coup quels sont les moyens dont vous disposiez pour mettre en place une éducation thérapeutique envers ce type de patient ?
Ça peut être par exemple des supports, des flyers, des dépliants ou bien des groupes de parole ou des intervenants qui venaient sensibiliser.

L'IDE : - Bah moi c'était un peu particulier parce que moi c'est j'étais juste l'infirmière libérale qui venait pour bah pour s'assurer que les traitements étaient bien pris euh et dans son cas lui c'était un adolescent donc c'était plus euh. Bon les parents étaient aussi bien informés sur les traitements et tout donc euh il y a aussi le côté où quand c'est un enfant c'est non seulement de l'éducation pour l'enfant à son stade euh d'apprentissage et de compréhension mais c'est surtout de l'éducation pour les parents parce que c'est les parents du coup qui vont faire le travail que nous on fait et qui vont s'assurer de la bonne observance des médicaments et euh et du coup c'était plus ça et puis c'était aussi un enfant qui était suivi en ... Il était suivi en hôpital de jour assez régulièrement donc moi j'étais vraiment en annexe quoi. En annexe parce que je venais pour contrôler éventuellement, faire les insulines et euh du coup c'était plus de la ... de l'éducation et de l'apprentissage pour les parents parce que je faisais des actes qui eux allaient faire ensuite après donc donc voilà.
Après les moyens et les supports bah mis à part le cahier qui n'a pas du coup c'est pas moi qui a mis en place ce cahier. Ça été mis en place par euh l'hôpital de jour où il allait.
C'était assez ludique, c'était en fonction de lui donc du coup euh c'était juste ça hein.

L'étudiante : - Et hum pour revenir sur l'apprentissage pour les parents, vous leur montriez le geste ?

L'IDE : - Exactement, je leur montrais le geste après faut savoir que bon bah comme tout parent à partir du moment où l'enfant a une patho' bah ils s'informent bien avant que nous on ait à faire la formation mais bon ils restent quand même attentifs parce qu'ils sont avec un un professionnel de santé et qu'ils ont le pouvoir pouvoir euh poser des questions s'ils le veulent.
Donc c'était vraiment sur les gestes euh et je m'assurais aussi que voilà pour eux c'était bien acquis.
Comme comme très souvent il y a c'est c'est souvent très très bien très bien fait par les parents en tout cas quand on est infirmière libérale et qu'on vient juste administrer les traitements.

L'étudiante : - Aviez-vous pu aussi leur apprendre hum au niveau des risques enfin comment les repérer par exemple les risques d'hypoglycémie, etc ?

L'IDE : - Oui après ils avaient, ils étaient très bien documentés hein. Ils avaient des fiches, ils avaient euh ils avaient tout enfin ils avaient déjà tout. Moi c'était vraiment

dans le geste notamment pour l'insuline, les dextros où c'était douloureux pour l'enfant en plus c'était il y a longtemps donc maintenant je sais qu'il y a des nouvelles, il y a des nouveaux, y a de des nouvelles pratiques !
Je sais pas ce qui se fait faudra que je me mette à jour mais mais en tout cas c'était douloureux pour l'enfant de devoir se faire piquer à chaque fois étant donné que son diabète était déséquilibré donc il fallait faire des dextros assez régulièrement notamment en fonction des signes que les parents connaissaient parce que du coup ils connaissaient leurs enfants donc ils savaient, ils savaient voir quand ça allait, quand ça allait pas et c'était un geste qui euh que les parents appréhendaient certaines fois et qu'ils savaient que c'était pas toujours évident.
Donc c'était plus, c'était plus dans ça mais moi hum j'étais vraiment l'accompagnement annexe, j'étais pas vraiment sur le ... **(elle cherche ses mots)**

L'étudiante : - Dans l'organisation depuis le départ.

L'IDE : - Non, non, non, non j'étais vraiment dans l'accompagnement annexe et c'était vraiment dans le ... **(elle n'a pas terminé sa phrase).** Bah quelquefois il m'est arrivé de dire à la maman *«Bah voilà c'est vous qui allez faire et je suis avec vous, je suis à côté et tout.».* Et c'est tout.

L'étudiante : - Du coup face à ce genre de situation, est-ce que vous faisiez appel à d'autres professionnels ou à des personnes ressources, en dehors de la famille et par exemple s'il y avait d'autres intervenants comme des médecins ? Vous m'aviez parlé de l'hôpital de jour.

L'IDE : - Oui bah moi je ne faisais pas appel à l'hôpital de jour. Je me référais euh surtout hum au changement de protocole parce qu'il était en plein rééquilibrage de son diabète qui était un peu déséquilibré donc au protocole. Je regardais aussi en fonction des conseils qu'on lui donnait mais enfin c'était vraiment le protocole, moi c'était c'était le protocole, le protocole qui du coup euh je pouvais ... Vu que je venais pour le dextro éventuellement l'insuline s'il y avait eu besoin d'insuline en fonction du dextro donc c'était vraiment le protocole.
J'arrivais à voir si le protocole avait changé ou pas ou autre mais j'ai pas eu à, à contacter le médecin pu telle ou telle question parce que c'était, c'était toujours cohérent en fonction du protocole qui évoluait plus ou moins et qui était très bien suivi.

L'étudiante : - Ok et la dernière question est si vous avez d'autres éléments que vous souhaiteriez rajouter par rapport au thème?

L'IDE : - Euh sur l'éducation thérapeutique ouais bah en fait l'éducation thérapeutique hmm quelquefois on on peut faire un protocole sur telle pathologie et sur comment est-ce qu'on doit éduquer un patient pour pouvoir prendre euh, pour pouvoir prendre son traitement et traiter cette patho' mais d'autres fois aussi ce qu'on oublie c'est

l'adaptation en fait de l'éducation thérapeutique en fonction du patient.
C'est-à-dire qu'un patient va comprendre telle chose ou il va y avoir la barrière de la langue, il va y avoir l'âge. On va pas s'adresser à un enfant pareil qu'on va s'adresser à un adulte par exemple le diabète qui est une pathologie très courante euh que ce soit adulte ou enfant euh une éducation thérapeutique chez un enfant va être différente d'une éducation thérapeutique d'un adulte.
Et du coup euh il en vient de nous en tant que soignant de de d'essayer d'ajuster et de ne pas rester très euh très scolaire et très protocolaires même si voilà on a un certain protocole dans les patho' au niveau des des posologies et tout mais vraiment s'adapter vraiment aux personnes qu'on a.

L'étudiante : - C'est un bon point parce que les infirmières que j'ai interrogées précédemment m'ont dit la même chose qu'il fallait adapter l'éducation en fonction du patient et par exemple pas imposer même des fois lâcher du lest aussi et ça je pense que c'est un point important parce que je retrouve souvent dans dans les entretiens et même dans certaines lectures que j'ai eu à faire pour ce sujet du coup.
Est-ce que vous pensez que les soignants devraient être formé par exemple ?

L'IDE : - Pour l'éducation thérapeutique ?

L'étudiante : - Oui.

L'IDE : - Bah je pense qu'on est quand même plus ou moins pendant la formation à l'IFSI. Après, après euh bien évidemment une fois qu'on qu'on rentre dans la profession euh les formations elles s'arrêtent pas enfin la formation en soi s'arrête pas c'est pas une fois qu'on est diplômé que du coup on arrête de se former et que ça y est c'est bon on est infirmière avérée.
Je pense qu'il y a toujours, y a toujours à apprendre et comme je disais moi par exemple ça fait longtemps que j'ai pas fait de soins et que j'ai pas eu à soigner ou à conseiller une personne. Enfin si je conseille quand même des personnes au niveau de l'hygiène de vie et éventuellement si on a des, des, des, des conseils et tout à me demander mais au niveau de la pratique par exemple je sais pas trop ce qui se fait en ce moment au niveau de de la prise de dextros, si c'est toujours le même appareil et tout je sais que les traitements ont assez évolué même au niveau de l'insuline automatique euh ... enfin

L'étudiante : - Oui les Freestyle.

L'IDE : - Voilà moi en fait moi en fait je veux dire à l'époque c'était en 2015-2016-2017 du coup euh quand j'étais en école d'infirmière, il y avait pas encore vraiment ça. Je ne voyais pas de patients avec ça alors qu'aujourd'hui c'est devenu très courant et euh par exemple oui se former dans ça ou faire une mise à jour. Donc je parlerais plus d'une mise à jour de pratique parce que à partir du moment où on connaît les pratiques on sait aussi les, on sait plus ou moins les enseigner de par notre formation

de base donc euh du coup voilà.

L'étudiante : - D'accord super et bien merci pour vos réponses, pour les éléments que vous avez apporté. Merci.

L'IDE : - De rien.»

Institut de Formation en Soins Infirmiers
MGEN - La Verrière

La prise en charge thérapeutique du patient inobservant atteint de diabète de type 2

Mots-clés : L'IDE, la personne âgée, la pathologie chronique, le diabète de type 2, l'inobservance thérapeutique, l'éducation thérapeutique, la relation soignant/soigné.

Résumé :

Le diabète est une pathologie qui nécessite une éducation thérapeutique centrée le patient.
En quoi l'éducation thérapeutique d'un(e) IDE aiderait un patient âgé atteint de diabète de type 2 à résoudre ses problèmes d'inobservance thérapeutique ?
J'ai choisi ce sujet suite à une situation rencontrée en stage : j'ai dû prendre en charge d'une patiente inobservante face à son traitement.
J'ai donc effectué des recherches via à des articles, des livres, des revus, etc.
La méthode utilisée est l'entretien semi-directif avec 4 infirmières.
Les résultats ont montré que l'éducation thérapeutique doit être personnalisée, que les soignants doivent être formé sur les différents aspects de la chronicité et l'accompagnement.
Ce travail a mené vers une question de recherche autour de l'adaptation et la personnalisation de l'éducation du patient.

The therapeutic taking charge of a non-compliant patient with Type 2 Diabetes

Keywords : State registered nurse, elder people, chronic pathology, Type 2 Diabetes, therapeutic non-compliance, therapeutic education, relationship between patient and caregiver.

Abstract :

Diabetes is a pathology which requires a therapeutic education focused on the patient.
How could nurse's therapeutic education help an elder patient suffering from type 2 diabetes to resolve his therapeutic non-compliance ?
I chose this subject due to a situation I experienced during my internship : I had to take charge of a patient who did not comply with her treatment.
So, I made some researches through some articles, books, magazines, etc.
The methodology I used was to interview 4 nurses.
The results have shown that therapeutic education should be personalized, nurses should be trained on different aspects of chronicity and care.
This work has led toward a research question around the adaptation and personalization of therapeutic education.

Andrise BOISREAU
Promotion RICOEUR 2019-2022