

**La prise en charge infirmière d'un
patient âgé diabétique non
insulinodépendant à domicile ne
respectant pas les règles
hygienodietetiques**

BENCHETRIT GABRIEL

**Mémoire de fin d'étude – UE 5.6. S6
Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles**

Rendu le 04/06/2012

IFSI DE LA CROIX SAINT SIMON

Directrice de mémoire : Nathalie TESTART

Note aux lecteurs « 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 »

ABLE DES MATIERES

1. Introduction	1
2. Situation de départ	2
3. Cadre de référence	3
3.1 Mon questionnement.....	3
3.2 Mon cheminement.....	4
3.3 Mes recherches bibliographiques.....	5
3.3.1 <i>Les répercussions du diabète de type 2 sur le quotidien des patients</i>	5
3.3.2 <i>Le rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'un patient âgé à domicile atteint d'un diabète de type 2</i>	6
3.3.3 <i>La non observance des règles hygiéno-diététique du patient diabétique âgé à domicile</i> ..	8
3.3.4 <i>Les facteurs d'inobservance</i>	9
3.3.5 <i>La relation thérapeutique soignant/soigné à domicile</i>	11
4. L'enquête exploratoire	13
5. Interprétation des résultats	17
5.1 L'impact du diabète sur le quotidien du patient diabétique âgé à domicile.....	17
5.2 Le rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'un patient âgé à domicile atteint d'un diabète de type 2.....	18
5.3 La non observance des règles hygiéno-diététiques du patient diabétique à domicile.....	18
5.4 La relation thérapeutique soignant/soigné à domicile.....	19
6. Conclusion	20
Bibliographie	22
Annexe	24

1. Introduction

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'ai décidé de traiter du thème de la prise en charge des patients âgés diabétiques non insulinodépendants à domicile à travers l'approche de l'observance des règles hygiénodietétiques.

Le diabète constitue aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique en France et dans le monde, on dénombre à ce jour en France, 1 200 000 de diabétiques, chiffre auquel il faut ajouter les 300 000 à 500 000 diabétiques qui ignorent leur maladie.¹ Le diabète non insulinodépendant est une maladie chronique en véritable dont la prévalence augmente avec l'âge en effet, dépassé 70 ans, plus de 10% de la population serait diabétique.² Selon le Dr Marc Popelier « *le plus grand défi de santé publique pour ce XXIème siècle concerne la progression de la sédentarité et de la mauvaise hygiène alimentaire* »³ La stratégie mondiale de l'OMS face à ce défi se porte sur « *des approches à l'échelle des populations visant à promouvoir un régime alimentaire sain et un exercice physique régulier* ».⁴

Durant ma formation j'ai pu effectuer différents stages à domicile ou les infirmiers étaient confrontés à des patients diabétiques âgés. L'éducation thérapeutique auprès de cette population consiste en un rôle essentiel des infirmiers à domicile, notamment sur la notion du respect des règles hygiéno-diététiques.

Après avoir posé ma situation de départ, je ferai paraître mon questionnaire ainsi que le cheminement de mon travail. J'exposerai ensuite le cadre conceptuel résultant de ma recherche bibliographique, je ferai ensuite paraître l'analyse et l'interprétation de mon enquête exploratoire, afin de tirer les conclusions de mon travail et d'aboutir sur une nouvelle question de recherche.

¹ GRIMALDI, André. Guide pratique du diabète, 1997, Editions médicales spécialisées P.1

² GRIMALDI, André. Guide pratique du diabète, 1997, Editions médicales spécialisées P.254

³ Popelier, Marc. Le diabète, Cavalier bleu édition, 2006 P,20

⁴ Aide mémoire sur le diabète, Organisation Mondial de la santé (OMS) disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/index.htm> Le 15/05/12

2. Situation de départ

Alors que j'effectuais un stage dans un service de soins infirmiers à domicile en début de deuxième année, j'ai été amené à être en contact régulier avec les patients âgés. Parmi ces derniers, un patient a particulièrement retenu mon attention. Il s'agissait d'un patient âgé de 72 ans, Monsieur P. de confession juive, atteint d'un diabète de type 2, diagnostiqué il y a plus de trente ans.

Il vivait seul depuis le décès de son épouse six ans auparavant, mais recevait cependant la visite régulière de ces trois enfants, qui se relayaient afin de pouvoir lui rendre visite au moins une fois tous les deux jours. Avec les infirmiers, nous nous rendions chez lui trois fois par semaine, pour lui préparer son pilulier mais aussi pour assurer un suivi régulier de ses normes glycémiques. Cependant, malgré le bon respect de la thérapeutique médicamenteuse, Monsieur P. présentait régulièrement des glycémies dépassant les 2g/L. Monsieur P. se déclarait comme un fin gastronome et disait puiser dans l'alimentation et l'alcool l'une des dernières véritables satisfactions que pouvait lui offrir la vie. Il sortait très peu de chez lui et passait la plupart du temps devant la télévision ou à lire les journaux que lui apportaient ses enfants. Quand nous le sensibilisions sur le fait qu'il devait en plus de son traitement médicamenteux adopter une hygiène de vie et alimentaire en lien avec son diabète, il se montrait réfractaire à l'idée de devoir se restreindre ou de se contraindre à avoir une activité physique régulière.

Ainsi, face à cette non observance, les infirmiers insistaient sur le fait d'avoir au moins une alimentation composée de trois repas quotidiens et d'éviter les grignotages entre les différents repas. Ils l'incitaient également à adapter qualitativement la nature de ses aliments, c'est à dire ceux qui étaient appauvris en sucres et en graisses. Malgré les nombreuses initiatives prises par les infirmiers pour œuvrer dans le sens d'une hygiène de vie plus saine, monsieur P, restait coutumier de produits très caloriques. Il disait ne pas pouvoir sacrifier la notion du goût des bonnes choses au détriment de la valeur nutritive et diététique des aliments. Par exemple, dans la liste de courses qu'il faisait à ses enfants, on retrouvait des produits tels que de la confiture, du beurre, des sodas, de l'alcool. Les infirmiers ont donc également tenté de sensi-

biliser son entourage et plus particulièrement ses enfants de l'importance d'une alimentation adaptée à son diabète afin de prévenir d'éventuelles complications. Cependant leur réponse était sans équivoque et unanime, ils ne voulaient pas entraver la liberté de choix de leur père.

Cette situation m'a interpellé devant les multiples refus et la résignation exprimée par Monsieur P. à s'impliquer dans un processus éducatif. Durant mes nombreuses visites à domicile, je me suis également joints à l'action des infirmiers, ce qui m'a amené à m'interroger sur les causes de cette non adhésion, ainsi que sur les éventuelles réponses à apporter face à ce problème.

3. Cadre de référence

3.1 Mon questionnement

J'aimerais savoir quel est le rôle de l'infirmier face à ce type de patient afin d'acquérir une meilleure compréhension de ce type de situation et mettre en place une prise en charge adaptée en tant que futur professionnel, d'où ma problématique de départ:

- Comment convaincre des patients âgés diabétiques du bénéfice des mesures hygiéno-diététiques quand celles-ci leur apparaissent comme contraignantes ?
- Comment permettre à des personnes âgées d'avoir une activité physique régulière alors que leur mobilité et leur motricité est réduite ?
- En quoi le caractère chronique de la pathologie du patient, peut-il avoir un impact sur la non adhésion à la thérapeutique non médicamenteuse ?
- Quelle est l'importance de l'éducation de l'entourage du patient, dans la bonne application des mesures hygiéno-diététique ?

Ce qui m'a amené à la question de départ suivante : **Quel est le rôle infirmier auprès des patients diabétique âgés non insulino-dépendant manifestant le refus de respecter les règles hygiéno-diététiques ?**

3.2 Mon cheminement

Le point de départ de mon cheminement est parti du constat concernant la complexité et toute la problématique autour du diabète. Cette observation s'est confirmée au travers des différents stages que j'ai pu effectuer durant ma formation d'infirmier. En effet, le diabète est une pathologie que j'ai fréquemment rencontrée, ce qui en fait, je pense, un enjeu majeur de santé publique. Devant l'ampleur et l'augmentation constante de l'incidence de cette pathologie, j'ai, suite à ce constat, décidé de choisir ce sujet comme travail de recherche.

Devant le caractère très protéiforme de ce thème, je l'ai contextualisé par rapport à une situation vécue qui m'avait grandement interpellée : le cas d'un patient âgé à domicile atteint d'un diabète, refusant d'appliquer les mesures hygiéno-diététiques recommandées dans son cas. Une fois ma situation de départ posé, je me suis donc investi dans une recherche théorique, afin de pouvoir documenter mon étude selon des sources et des informations fiables. J'ai donc dans un premier temps lu des livres et articles ayant trait au diabète dans sa généralité. Par la suite, j'ai précisé mon champ de recherche bibliographique, en m'intéressant plus particulièrement au vécu psychologique dans la maladie chronique, et notamment sur les causes de l'inobservance thérapeutique. Dans un dernier temps j'ai étayé mes lectures sur la relation de soins entre le patient âgé à domicile et le soignant.

3.3 Mes recherches bibliographiques

Le diabète est une maladie chronique comportant différentes formes et dont le point de regroupement est l'hyperglycémie chronique. A travers ma situation de départ, j'ai décidé d'aborder le diabète de type 2 non insulino-dépendant, il est la forme prédominante du diabète d'après l'OMS il représente 90% de la totalité des patients diabétiques⁵). Sur le plan physiologique le diabète de type 2 se définit par une incapacité de l'organisme à réagir à l'action de l'insuline secrétée par le pancréas.

3.3.1 Les répercussions du diabète de type 2 sur le quotidien des patients

Le diabète de type 2 est une maladie caractérisée par la discrétion de ses symptômes physiques, ce qui rend difficile pour le patient la prise de conscience et l'appropriation de sa maladie. Bien qu'il soit insidieux, le diabète impose des contraintes qui affectent directement la qualité de vie des patients. En effet, les patients diabétiques non insulino-dépendants doivent quotidiennement effectuer des prélèvements capillaires et prendre un traitement. En prévention des complications médicales graves comme la rétinopathie, les neuropathies, les micro et macroangiopathies diabétiques, ils se doivent d'avoir une surveillance médicale régulière. De plus, chez le sujet âgé il existe souvent un terrain propice à la survenue de ces complications, ce qui nécessite une surveillance d'autant plus accrue. A ces contraintes, s'ajoute la nécessité de suivre une hygiène de vie notamment marquée par un comportement alimentaire restrictif, fractionné et équilibré, une activité physique régulière. La consommation de produit alcoolisé ainsi que le tabac est également fortement contre-indiquée avec le diabète.

Le diabète engendre donc une diminution des libertés, et impose de nombreuses contraintes qui rappellent à chaque moment la réalité de la maladie au patient. Cela peut avoir un impact considérable sur la psychologie du diabétique, pouvant entraîner un sentiment de dénégation de la maladie. Dans le cas d'une maladie chronique telle que le diabète, le patient va passer par plusieurs phases psychologiques allant du choc causé par l'annonce de la maladie à l'acceptation, la résignation ou la pseudo-acceptation selon les patients. Nous

⁵ Aide mémoire sur le diabète sucré, OMS, disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/fr/> le 15/05/12

aborderons cette notion avec plus d'exhaustivité ultérieurement.

3.3.2 Le rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'un patient âgé à domicile atteint d'un diabète de type 2

L'exercice d'infirmier à domicile est régi par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Pour un patient à domicile atteint du diabète, l'infirmier se doit de réaliser des soins éducatifs, en plus des soins relevant de son rôle prescrit (Prélèvement capillaire, préparation de piluliers, injection d'insuline).

Dans le cas d'un patient atteint d'une maladie chronique telle que le diabète, la dimension éducative est primordiale. Elle permet au patient d'acquérir des compétences et des connaissances nécessaires au bon contrôle de sa maladie. Une fois le traitement instauré, un ensemble de mesures et d'aménagements sont mis en place et relèvent de la propre connaissance sur la maladie du patient. Il va devoir développer des compétences, d'observation, de surveillance et d'adaptation en fonction des différentes circonstances auxquelles il risque d'être confronté dans sa vie.

Dans le cas d'un patient âgé à domicile, la question d'éducation thérapeutique ne peut être éludée. En effet, les patients ne bénéficient pas du même encadrement et de la même surveillance médicale qu'en milieu hospitalier. Il s'agit donc là de rendre autonome le patient dans la prise en charge de son diabète. Selon, Joseph Meking Ondoua « *pour être complètement efficace l'éducation thérapeutique devrait s'étendre à tous, aux patients certes mais aussi aux familles des patients diabétiques, au grand public et au pouvoir publics* »⁶

Dans le contexte de soins à domicile, l'entourage doit être particulièrement sensibilisé à la dynamique éducative instaurée par les soignants. Les proches disposent de moyens afin d'œuvrer sur les habitudes de vie, mais aussi sur la psychologie du patient. D'après Hugue Joublin « *Il s'agira de poser un cadre clair et des missions adaptées aux compétences de l'entourage, celui ci n'ayant pas vocation à suppléer les limites des systèmes de prise en charge, ni surtout de se substituer aux soignants* »⁷.

⁶ Meking Ondoua Joseph, Je me porte bien avec mon diabète, 2012, L'Harmattan

⁷ Joublin Hugues, Le proche de la personne malade dans l'univers des soins, 2010, Edition Eres

L'éducation thérapeutique du patient doit également se faire à travers une approche singulière, comme le souligne Maryvette Balcou-Debushe « *Lorsqu'un patient arrive dans la situation d'éducation, il arrive avec ses expériences, sociales, affectives et cognitives* ». ⁸. Il est donc du rôle de l'infirmier de savoir inclure dans son processus d'éducation les spécificités propres aux patients. L'HAS (Haute Autorité de Santé) suggère donc l'élaboration d'un contrat éducatif qui permette « *d'appréhender les caractéristiques, les besoins et les potentialités du patient afin de mettre en place une éducation individualisée* » ⁹.

Gérard Slama dresse une liste de six objectifs qui revêt le programme éducatif du patient diabétique : ¹⁰

- Le comportement alimentaire (il s'agit des règles diététiques à adopter afin prévenir les hyperglycémies et par conséquent les complications liés au diabète)
- Les soins des pieds (l'état des pieds et leur soins, le suivi de pédicurie et de podologie)
- L'hygiène de vie (la consommation de tabac, l'introduction d'une activité physique adaptée à l'état physique du patient)
- La pratique de l'auto surveillance glycémique (la tenue d'un carnet de surveillance glycémique, la variété horaires des prélèvements capillaire et leur intérêt)
- L'observance aux prises médicamenteuses ou les raisons de la non observance
- L'adhésion au plan de suivi ou les raisons du non suivi

Ainsi, l'infirmier à domicile se doit de faire preuve de pédagogie afin de pouvoir transmettre les connaissances et les aptitudes nécessaires aux patients. Cependant, face à cette modification contrainte des comportements en raison de leur maladie chronique, certains

⁸ Balcou-Debushe Maryvette, L'éducation des malades chroniques : Une approche ethnosociologique, Archive contemporaine édition.

⁹ Éducation thérapeutique et accompagne des patients : quel liens ? Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/rencontres08_presentationr11_lmonier.pdf le 28/04/12

¹⁰ Slama Gerard, Prise en charge du diabétique non insulino-dépendant, Odile Jacob. 2011

patients se montrent inobservants et réfractaires malgré une éducation thérapeutique bien présente. Pour Gerard Slama « *Modifier un comportement est certainement ce qu'il y a de plus difficile à obtenir en médecine, et nous devons nous interroger sur les facteurs qui peuvent empêcher l'individu atteint d'acquiescer ces comportements.* »¹¹

Dans le cas de ma situation d'appel, il s'agit exclusivement d'une inobservance aux règles hygiéno-diététiques. Le patient refusait en effet d'adopter une hygiène de vie adaptée à son diabète, préférant garder son style d'alimentation et refusant les contraintes.

3.3.3 La non observance des règles hygiéno-diététiques du patient diabétique âgé à domicile.

D'après Gérard Reach « *la définition classique de l'observance se réfère à la concordance entre les comportements des patients et les prescriptions médicales* »¹². Cependant, l'observance thérapeutique englobe « *non seulement la prise de médicaments tels qu'ils sont prescrits (fréquence d'administration quotidienne, durée du traitement), mais aussi d'autres recommandations telles que celles qui ont trait au suivi d'un régime, la pratique d'une activité physique quotidienne, le fait de surveiller son poids, ou sa glycémie* »¹³. Dans le cas des maladies chroniques qui ont la particularité d'être peu ou pas symptomatiques, les patients ont tendance à ne pas suivre avec rigueur leur traitement ainsi que les recommandations d'hygiène de vie associées. Ainsi pour le diabète l'observance se situe entre 50 et 70 %¹⁴. Le réseau de santé Paris nord pointe que « 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 ». ¹⁵

¹¹ Slama Gerard, Prise en charge du diabétique non insulino-dépendant, Odile Jacob.2011

¹² Reach Gerard, Clinique de l'observance l'exemple des diabètes, 2006, Pathologie Science Formation

¹³ Médecine, Volume 2, Numéro 9, Novembre 2006, concepts et outils

¹⁴ Association française des diabétiques, Angle de vie chronique du diabète N°23 – Janvier 2008

¹⁵ Comment favoriser l'observance dans le diabète de type 2 ? Disponible sur: <http://www.reseau-paris-nord.com/diabete/diabete.protocole.observance.php> le 04/05/12

3.3.4 Les facteurs d'inobservance

A travers ma recherche bibliographique j'ai pu dénombrer plusieurs facteurs pouvant expliquer l'inobservance.

Pour Gérard Slama, « *Il peut s'agir de facteurs liés à l'individu lui même, [...] un traitement mettrait en péril son quotidien de vie, ses choix de vie, sa qualité de vie..* »¹⁶

Le respect des règles alimentaire peut se montrer contraignant pour les patients. En effet, suivre un régime particulier, se restreindre sur les quantités peut être perçu comme un désagrément par les patients et entraîner la non observance. Pour André Grimaldi « *la conduite alimentaire révèle le rapport psychologique de chacun à la nourriture et dont les aménagements doivent tenir compte* »¹⁷. L'élaboration du régime alimentaire du diabétique doit donc répondre à plusieurs exigences et contraintes. Il s'agit de trouver un compromis pour que le patient ne perçoive pas ses recommandations diététiques comme contraignantes, mais qu'elles soient également adaptées à son diabète.

Pour J. Pettermans les composantes d'une bonne observance thérapeutique sont « *la motivation, la compréhension des objectifs du traitement, le comportement social, mais aussi les facultés cognitives et l'état fonctionnel de la personne traitée* »¹⁸. L'isolement social auquel sont confrontées les personnes âgées à domicile, ainsi que la diminution des facultés cognitives et fonctionnelles apparaissent clairement comme un frein à la bonne observance thérapeutique. En effet, ce type de patient peut se retrouver en difficulté pour appliquer les bonnes recommandations ayant trait à l'hygiène de vie comme l'activité physique.

L'origine ethnique, les croyances en termes de santé, et la culture du patient peuvent également être déterminantes dans l'adhésion d'un patient au traitement. « *Certaines pratiques culturelles déterminent entre autre la nature des aliments, le moment ou ils sont présentés, le nombre et la fréquence des repas* »¹⁹. Ainsi, certains patients diabétiques possèdent parfois un fort attachement aux coutumes alimentaire propre à leur culture. Dans le cas de ma situation d'appel, mon patient était d'obédience juive, ce qui l'amenait régulièrement à consommer des

¹⁶ Slama Gerard, Prise en charge du diabétique non insulino dépendant. Odile Jacob, 2011

¹⁷ GRIMALDI, André. Guide pratique du diabète, 1997, Editions médicales spécialisées

¹⁸ Pettermans Jean, Observance thérapeutique en Gériatrie, Revue médicale de liege, 2010 numero 65

¹⁹ Bendra, Bare. Soins infirmiers en Médecine et en Chirurgie : Tome 3, Fonction digestive, métabolique et endocrinienne, Edition DeBoeck, 2006.

repas copieux et caloriques lors de certaines fêtes religieuses. Son origine maghrébine avait également un impact sur la variété des aliments qu'il avait l'habitude de manger.

Pour Antoine Bioy et Damien Fouques la « *non observance peut être due à un déni de la maladie* »²⁰ ainsi « *Pour accepter un traitement, le patient doit en premier lieu assimiler un nouveau rôle (celui de la personne malade)* »²¹. Suite à l'annonce d'une maladie chronique comme le diabète, le patient concerné est susceptible de passer par différents stades psychologiques successifs, comme le souligne Gerard Reach : « *Au choc initial fait suite une période de déni; ensuite vient la révolte; puis une phase de marchandage ; vient ensuite un état méditatif-dépressif où prédomine la tristesse; enfin l'acceptation de la maladie et des contraintes de son traitement* »²². Durant la phase de déni, le patient a tendance à minimiser, voire à négliger sa pathologie « *le patient rejette inconsciemment le sentiment de menace qui s'apparente pour lui à une menace de destruction* »²³. Pendant la phase de révolte, le patient peut se montrer offensif et brutal, cette phase va permettre au patient d'assimiler sa maladie à une réalité. Durant le stade du marchandage le patient suit son traitement, tout en restant contestataire et revendicatif. L'état méditatif-dépressif se caractérise quant à lui par un repli sur soi et une tristesse. Vient ensuite le stade de l'acceptation où le patient se montre volontaire et conciliant. Cependant, chez certains patients, il arrive que ce processus n'aboutisse pas à l'acceptation, ce qui nous amène à parler de résignation. D'autres, achèvent le processus d'acceptation de la maladie par une phase de pseudo acceptation. D'après André Grimaldi, « *Elle se caractérise par un clivage durable entre le « moi-diabétique » et le « moi non diabétique » ; le « moi diabétique » étant réduit au strict temps nécessaire pour réaliser les contraintes minimales* »²⁴.

Ainsi dans le cadre de ma situation d'appel, le patient était observant face à la prise de son traitement, ainsi qu'au suivi glycémique, tandis qu'il refusait d'adopter l'hygiène de vie qui lui était recommandée. Les patients en phase de pseudo-acceptation ont généralement une bonne connaissance de leur traitement, mais n'acceptent que partiellement la thérapeutique et les recommandations ayant trait à leur maladie. Il s'agit d'une forme de désaveu volontaire

²⁰ Bioy Antoinet, Fouquet Damien, Manuel de psychologie du soin, Breal, 2009

²¹ Bioy Antoinet, Fouquet Damien, Manuel de psychologie du soin, Breal, 2009

²² Slama Gerard, Prise en charge du diabétique non insulino-dépendant, Odile Jacob.2011

²³ Lacroix Anne, Approche psychologique : Education du Patient : obstacles liés aux patients et aux soignants ? Disponible sur <http://www.ipcem.org/RESSOURCES/PDFress/Lacroix.pdf>

²⁴ GRIMALDI, André. Guide pratique du diabète, 1997, Editions médicales spécialisées

concernant le sentiment de se sentir diabétique. Les patients diabétiques refusent toute concession face à leur diabète, par peur de perdre leur réelle identité, et d'être perçu aux yeux des autres à travers l'étiquette du diabétique. Philippe Barnier nous livre un témoignage concernant son vécu par rapport au diabète vis à vis des autres. « *Obnubilé par le souci de pouvoir faire semblant de vivre comme tout le monde [...] le diabétique honteux a du mal à imposer sa différence face aux autres* »²⁵. Dans le cas de ma situation d'appel, je pense que le patient se trouve dans ce stade de la pseudo-acceptation. En effet, ce dernier est parfaitement observant concernant la thérapeutique médicamenteuse, ainsi que pour les surveillances de sa glycémie. Seules les règles hygiéno-diététiques restent inobservées chez lui. Le patient manifeste clairement son refus concernant les concessions à faire dans son quotidien, causées par le diabète, et perdre alors selon lui une part de son identité.

La nature de la relation que noue le patient avec le soignant est également un élément déterminant à l'adhésion du traitement. Antoine Bioy et Damien Fouques souligne « *l'importance de l'empathie, et des techniques de congruences dans le relationnel soignant/soigné* »²⁶. Ainsi, la notion d'une relation thérapeutique de qualité est prépondérante. La disponibilité des soignants, leur empathie, leur sens de l'écoute, leur implication auprès des patients impactent directement sur la bonne observance à un traitement et aux recommandations d'hygiène de vie associées.

3.3.5 La relation thérapeutique soignant/soigné à domicile

Comme nous l'avons souligné précédemment, la relation qui lie le patient aux soignants apparaît comme un facteur déterminant à la bonne observance thérapeutique. L'infirmier se doit donc d'instaurer une relation d'aide thérapeutique lorsqu'il est confronté à un patient refusant d'observer un comportement thérapeutique. D'après Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf « *La relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale, et éventuellement professionnelle* »²⁷. La relation d'aide que l'infirmier va nouer avec ses patients peut donc être à l'origine d'une meilleure acceptation de maladie, et ainsi entraîner

²⁵ Barnier, Philippe. Comment vit-on avec le diabète ? Ed. Alin Schrotter, 2001

²⁶ Bioy Antoinette, Fouquet Damien, Manuel de psychologie du soin, Breal, 2009

²⁷ Manoukian, Alexandre. MASSEBEUF, ANNE, la relation soignant-soigné. 3^{ème} édition, Lamarre, 2008

une modification des comportements.

Le patient dans sa relation avec le soignant recherche une écoute, une attention, et une reconnaissance de sa personne mais également de sa maladie. Ceci nous mène au concept de l'empathie, notion primordiale dans le cadre de la relation d'aide. Carl Roger définit ce terme comme étant « *la capacité à percevoir le monde de l'autre de l'intérieur, de ressentir les émotions de l'autre sans pour autant s'identifier à l'autre* »²⁸.

Il est important pour le patient diabétique d'avoir le sentiment que le soignant reconnaisse son vécu émotionnel et la perception qu'il peut avoir de sa maladie. Il doit pouvoir être perçu comme un sujet singulier, caractérisé par son histoire, sa maladie, sa personnalité. Ainsi, dans une pathologie telle que le diabète cette relation d'empathie va permettre au patient une meilleure assimilation et reconnaissance de sa maladie ; ce qui constitue une étape clé dans la phase de l'acceptation. Le concept d'empathie implique également la notion de distance que le soignant se doit d'avoir avec son patient ; ainsi elle se distingue de la sympathie, qui impliquerait un investissement trop important du soignant envers le malade. Cette distance thérapeutique qu'instaure donc le soignant lui permet de se protéger émotionnellement.

Dans le contexte de soins du domicile, la dimension de cette relation doit pouvoir prendre en compte les différents éléments qui façonnent le quotidien du patient au cœur même de son lieu de vie. Il est confronté à sa plus profonde intimité, à sa culture, ses habitudes de vie, son entourage et son contexte social. Le soignant se doit donc d'adopter une attitude non intrusive face à l'intimité du patient.

²⁸ Roger Carl, Le développement de la personne, Dunod, 1991

4. L'enquête exploratoire

Pour la réalisation de mon enquête exploratoire, j'ai réalisé trois entretiens semi-directifs où j'ai privilégié les questions ouvertes, afin de permettre aux soignants interrogés, d'être exhaustif et explicatif sur les questions que je leur ai soumises.

Ma grille d'entretien, m'a permis d'aborder le sujet de la prise en charge infirmière à domicile des personnes âgées diabétiques non insulinodépendantes. J'ai notamment centré mes questions sur l'inobservance des règles hygiéno-diététiques, sur le rôle infirmier face à cette problématique, ainsi que sur la nature relation soignant/soigné dans ce contexte particulier.

Parmi les soignants interrogés, on retrouve des profils variés constitués d'infirmiers exerçant quotidiennement auprès des patients à domicile.

Le premier infirmier interrogé exerce dans un service de soins infirmier à domicile, il est diplômé depuis trois ans et évolue depuis un an dans cette structure, après avoir travaillé pendant 2 ans dans différents services de chirurgie.

Le deuxième infirmier exerce également dans un service de soins infirmier à domicile, il est diplômé depuis 4 ans et évolue depuis 6 mois dans cette structure, après avoir travaillé notamment dans un service d'endocrinologie pendant 2 ans.

Le troisième et dernier infirmier interrogé exerce en libéral depuis 14 ans, il a été diplômé il y a 21 ans. Il est membre de l'association française des diabétiques, et a suivi de nombreuses formations ayant trait au diabète et à l'éducation thérapeutique.

Je les nommerai respectivement infirmier numéro 1, 2 et 3 au cours de l'analyse de l'enquête exploratoire qui va suivre.

La réalisation des deux premiers entretiens a eu lieu en milieu extérieur, durant la tournée quotidienne des deux infirmiers du centre de soins. Ils m'ont accordé de leur temps, entre la visite de deux patients. Les entretiens ont quant à eux duré entre 5 et 7 minutes et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. La principale limite que j'ai pu identifier au cours de ces deux entretiens est celle du temps. En effet, les infirmiers avaient des contraintes temporelles et ne pouvaient s'attarder trop longuement avec moi. Cette contrainte a eu pour conséquence de restreindre l'approfondissement de certaines questions. Le troisième entretien

à eu lieu au domicile du soignant, qui m'a convié chez lui pour que je lui soumette ma grille d'observation. L'entretien a duré 20 minutes et l'intégralité des questions ont pu être abordé avec profondeur.

J'ai décidé d'analyser les différentes données recueillies d'une manière linéaire, question par question et soignant par soignant, en pointant les similarités et les divergences. Je procéderai ensuite à l'analyse des données à travers les grands thèmes de mon cadre théorique

1/ Quelles sont les répercussions notables du diabète que vous avez constaté sur le quotidien de vos patients ?

Les trois soignants ont répondu à cette question en pointant les mêmes similarités. Chacun des trois a évoqué la nécessité d'effectuer quotidiennement les prélèvements capillaires, ainsi que la prise du traitement. Ils ont également communément abordé la nécessité d'adopter une hygiène de vie adaptée à leur diabète, passant d'une alimentation appropriée à une activité physique régulière. Les infirmiers numéro 2 et 3 ont d'ailleurs fait part de la difficulté qu'ont certains patients à s'approprier une hygiène de vie saine. Les infirmiers numéro 1 et 2, sont restés succincts sur la question de l'hygiène de vie tandis que l'infirmier numéro 3 s'y est attardé plus longuement.

Les trois soignants ont également évoqué l'impact psychologique causé par le diabète. L'infirmier numéro 1 parle d'un sentiment de différenciation ressenti par les diabétiques, causés par les contraintes liés à leur qualité de vie. « *Les patients à cause des contraintes et restrictions liés à leur diabète ont le sentiment de se sentir différent des autres* »²⁹. Pour l'infirmier numéro 2, la perte de l'estime de soi est liée aux contraintes et désagréments du diabète. L'infirmier numéro 3 évoque la notion d'acceptation et de pseudo-acceptation de la maladie par les patients. Ainsi, il distingue les patients collaborants et compliants face à leur thérapeutique, de ceux qui refusent sciemment de se sentir malade et pour qui l'inobservance est une manière de nier leur maladie.

2/ Quelles sont les difficultés et les limites que vous avez rencontrées dans la prise en charge des patients ne respectant pas les règles hygiéno-diététiques ?

²⁹ Annexe 1

A cette question, l'infirmier numéro 1 s'est dit confronté à la problématique de la qualité de vie des patients. En effet selon lui, dépassé un certain âge, on ne peut plus forcer les patients d'adopter des mesures qu'ils perçoivent comme contraignante, « *La nourriture est pour eux un moyen de profiter de la vie, il est difficile de leur interdire certains aliments* ». ³⁰

L'infirmier numéro 2, rejoint le constat dressé par le premier, et parle du sentiment d'exaspération ressenti par les patients, quant au fait de respecter les recommandations d'hygiène de vie suggérées. Selon lui, les patients réfractaires aux règles hygiéno-diététiques préfèrent choisir une hygiène de vie en adéquation avec leur désir, plutôt qu'une hygiène de vie perçue comme contraignante.

L'infirmier numéro 3 évoque le sentiment de dénégation dont font preuve certains patients face à leur diabète, « *Souvent, ils banalisent et minimisent leur maladie* » ³¹.

3/ Quel discours adoptez-vous face un patient qui refuse de se soumettre aux règles hygiéno-diététiques ?

A cette question, l'infirmier numéro 1 a répondu qu'il essayait à chacun de ses passages de faire des rappels sur les règles hygiéno-diététiques. De plus, à chaque début de prise en charge d'un patient diabétique, il prenait le temps de rappeler les bonnes recommandations à adopter ainsi que leur intérêt pour leur santé. Envers l'entourage il dit « *mener une action d'information* » ³², visant à faire participer l'entourage à l'action éducative qu'il mène.

L'infirmier numéro 2 déclare essayer de comprendre les causes de cette inobservance, et apporter une action éducative perpétuelle envers ces patients. Il essaye également de se montrer emphatique avec les patients, et d'adopter un discours d'écoute et de soutien face aux préoccupations des patients. Quant à l'entourage, il a répondu de manière similaire à l'infirmier numéro 1, privilégiant également un discours informatif.

L'infirmier numéro 3 souligne l'importance de la relation d'aide qu'il instaure face à ces patients. Il déclare se montrer disponible, emphatique et à l'écoute de ces patients. Il insiste sur l'importance de la relation qu'a le soignant avec le soigné face à des patients non observants. Au sujet de l'entourage il s'agit également de les sensibiliser à l'action éducative afin de leur faire adopter une conduite cohérente envers les règles hygiéno-

³⁰ Annexe 1

³¹ Annexe 3

³² Annexe 1

diététiques. « *Souvent ce sont les proches du patient qui font les courses, c'est donc important qu'ils aient des notions sur les aliments adaptés ou non* ». ³³ Selon cet infirmier, l'entourage est également d'une force de persuasion importante, ce qui rend primordiale l'éducation de l'entourage.

4/ En tant qu'infirmier, quels sont les outils dont vous disposez pour faire face à l'inobservance thérapeutique ?

A cette question, les soignants interrogés ont unanimement abordé la notion de l'éducation thérapeutique, comme instrument face à l'inobservance. Les patients diabétiques doivent suivre un programme d'éducation à la santé approfondi sur leur pathologie, afin de leur faire prendre conscience de l'importance de respecter une telle hygiène de vie. A cette notion d'éducation, l'infirmier numéro 3 a évoqué la relation d'aide thérapeutique comme outil dont il dispose pour lutter contre l'inobservance. Il caractérise cet outil comme essentiel, et pourvoyeur de résultats probants. En effet grâce à cette relation d'aide, l'infirmier peut impacter sur la psychologie du diabétique, et favoriser l'acceptation de la maladie. « *A domicile, l'infirmier est le principal interlocuteur médical avec le patient, c'est donc primordial que cette relation repose sur la confiance, l'écoute et l'empathie* » ³⁴.

5/ Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique ?

Cette question a suscité de nombreuses divergences entre les différents soignants interrogés. En effet, l'infirmier numéro 1 évoque comme principal facteur, les contraintes que comporte le respect des règles éducatives, « *après un certain âge, les patients ne voient plus un grand intérêt à suivre des mesures strictes et préfèrent vivre comme ils l'entendent* ». Il aborde également la question de la culture de certains patients pour qui les habitudes alimentaires sont instituées et caractérisent leur identité.

L'infirmier numéro 2 cible, lui, les modalités de l'éducation thérapeutique qui n'est pas suivie dans son intégralité, voire qui est inexistante « *souvent les patients ne savent pas pourquoi il*

³³ Annexe 3

³⁴ Annexe 3

*est utile d'avoir une telle hygiène de vie »*³⁵. Il reconnaît lui même ne pas avoir été assez formé pour pouvoir promouvoir des soins éducatifs de qualité.

L'infirmier numéro 3 évoque deux facteurs principaux : le facteur psychologique et les facteurs propres au patient. Au sujet du facteur psychologique, il pointe le sentiment de dénégation, voire de pseudo-acceptation de la maladie. *«Ils refusent de suivre les règles d'hygiène de vie car ils refusent catégoriquement de se sentir malade»*³⁶. Quant aux facteurs personnels, il évoque l'impact de la culture, son contexte social, ainsi que les facultés fonctionnelles et cognitives.

6/ Quel sont les particularités de la prise en charge des patients inobservants dans le contexte du soin à domicile ?

A cette question, les trois infirmiers interrogés se sont montrés en accord dans leurs réponses. Ils ont tous trois insisté sur la relation de confiance, sur le rapport de civilité, le respect de l'intimité, de l'environnement et des habitudes de vie du patient.

Selon l'infirmier numéro 2, *« à domicile, on est au cœur de l'intimité du patient, la cordialité et la discrétion sont donc de rigueur »*³⁷. Il y a donc une question de distance que les soignants se doivent de maintenir, pour ne pas se montrer trop intrusif dans le lieu de vie du patient.

5. Interprétation des résultats

5.1 L'impact du diabète sur le quotidien du patient diabétique âgé à domicile

Sur ce thème les réponses des trois infirmiers se sont montrées en adéquation avec les éléments présents dans mon enquête théorique au sujet des contraintes se répercutant sur le quotidien des patients diabétiques. La notion de la nécessité de respecter une hygiène de vie à même été longuement détaillée par l'infirmier numéro 3.

Sur le plan de l'impact psychologique, j'ai cependant remarqué quelques divergences. En effet, les infirmiers 1 et 2 n'ont pas évoqué les différents comportements liés aux

³⁵ Annexe 2

³⁶ Annexe 3

³⁷ Annexe 2

différentes phases d'acceptation d'une maladie chronique. Ils ont respectivement parlé d'un sentiment de différenciation, et de la perte d'une estime de soi pour aborder l'impact psychologique du diabète. L'infirmier numéro 3 a répondu quand à lui d'une manière conforme à ce que j'ai pu évoquer dans mon cadre théorique. Selon moi, cette divergence s'explique par le fait, que l'infirmier numéro 3 a suivi de nombreuses formations ayant trait à l'éducation thérapeutique et au diabète, ce qui lui permet d'être plus au fait avec ce sujet. Ainsi, j'en déduis que dans le cadre de l'éducation thérapeutique des maladies chroniques, la formation continue des infirmiers est un atout indéniable.

5.2 Le rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'un patient âgé à domicile atteint d'un diabète de type 2

Sur ce sujet, les infirmiers n'ont pas abordé la totalité des éléments présents dans mon cadre théorique. En effet ils ne m'ont pas fait part de l'approche singulière avec laquelle ils abordaient l'approche éducative.

Dans mon enquête théorique, j'ai pu constater que chaque patient doit être considéré à travers ses expériences sociales, affectives et cognitives. Le patient doit également être appréhendé à travers des besoins, des contraintes et des capacités individuelles propres à chacun. Or, à travers les résultats qui ressortent de mon enquête exploratoire, je n'ai pas perçu cette approche individualisée et personnalisée. Je pense que cela peut s'expliquer par des contraintes de temps, en effet une action éducative singularisée autour de chaque patient demande un travail important ainsi qu'une certaine continuité.

Les trois infirmiers ont bien évoqué la relation éducative qu'ils entretiennent avec l'entourage des patients, ce qui constituait une part importante dans recherche bibliographique.

5.3 La non observance des règles hygiéno-diététiques du patient diabétique âgé à domicile.

Sur ce sujet, les infirmiers numéro 1 et 2 ont pointé les mêmes constatations, concernant les difficultés, auxquelles ils sont confrontés dans la prise en charge des patients diabétiques ne respectant pas une hygiène de vie adaptée.

Concernant les facteurs d'inobservance, l'infirmier numéro 3 a parlé des facteurs liés aux patients que j'ai pu évoquer dans mon cadre conceptuel, notamment ceux ayant trait au choix de qualité de vie, revendiqué par les patients. Il a également fait part de l'impact culturel sur le choix de l'inobservance. Il n'a cependant pas abordé les facteurs psychologiques et ceux liés aux soignants.

L'infirmier numéro 2, met en cause la nature de l'éducation éducative, facteur d'inobservance que l'on peut donc imputer au soignant. Il n'aborde ni les facteurs liés aux patients ni les facteurs psychologiques. Cela peut s'expliquer, par le manque d'informations dont les infirmiers disposent sur les répercussions psychologiques qu'entraîne une maladie chronique, et plus généralement sur les modalités de l'éducation thérapeutique envers les patients présentant un tel profil. La réponse apportée par l'infirmier numéro 3 montre l'importance et la nécessité d'une formation plus aboutie sur l'éducation thérapeutique des maladies chroniques, pour les soignants confrontés à cette population. En effet, ce soignant, dont le profil a été présenté précédemment, a évoqué les facteurs psychologiques et liés au patient en faisant part de la majorité des éléments dont j'ai fait part dans mon enquête théorique.

5.4 La relation thérapeutique soignant/soigné à domicile

La relation d'aide thérapeutique que j'ai évoqué dans mon cadre conceptuel n'a été mentionnée que dans les réponses de l'infirmier numéro 3. Ce dernier insiste sur les notions d'écoute et d'empathie sur lesquelles je m'étais porté. Cependant, les trois infirmiers ont répondu de façon similaire à mon cadre théorique, notamment sur la nature de la relation de civilité à domicile. La notion de relation d'aide thérapeutique est une compétence infirmière, qui je pense s'acquiert et s'affine avec l'expérience, et à l'aide de formations complémentaires. Les infirmiers numéro 1 et 2 ont tous les deux moins de 4 ans d'expérience et travaillent respectivement depuis 1 an pour l'un et 6 mois pour l'autre dans une structure de soins à domicile. Ainsi, le fait d'avoir omis d'évoquer la notion de relation thérapeutique peut s'expliquer par leur courte expérience dans le soin à domicile.

6. Conclusion

Ce travail de recherche s'est montré pour moi extrêmement enrichissant tant sur le plan personnel que professionnel. Il m'a permis d'étoffer mes connaissances sur le diabète mais également de m'interroger sur l'impact psychologique, qui peut entrer en jeu, chez les patients atteints de maladies chroniques. Ce travail a également été un moyen pour moi de réfléchir et de me questionner sur ma pratique future, notamment sur la relation et le comportement à adopter dans les circonstances similaires à ma situation d'appel.

Sur le plan personnel, ce travail m'a permis de mieux cerner les exigences d'une démarche de recherche, il m'a offert l'opportunité de me placer véritablement dans la posture d'un apprenti chercheur. Mon sens critique, mes facultés d'analyse et d'interprétation ont également pu être mobilisées à l'occasion de ce travail. Avant de débiter cette recherche, j'avais un positionnement personnel sur le sujet que j'ai traité. En effet, mon parcours de stage m'a offert l'opportunité d'être confronté à de nombreuses reprises à des patients atteints de maladies chroniques. Je voyais l'éducation thérapeutique comme un fondement essentiel dans la prise en charge de ses patients, notamment à domicile où la surveillance médicale est moindre qu'en milieu hospitalier. A l'issue de ce travail de recherche, cette certitude s'est confortée et renforcée. Mon intérêt pour l'éducation thérapeutique s'est même étendue au concept de la relation soignant/soigné, notamment envers les patients ne respectant pas les règles d'hygiène de vie.

Par ailleurs, j'ai pu au cours de ce travail prendre conscience de la nécessité de se former continuellement, au cours de sa carrière. En effet, la formation infirmière dispensée dans les instituts de formation consiste en un socle solide de connaissances, mais qui doivent cependant être étayés avec le temps. Ainsi, je pense que les infirmiers confrontés quotidiennement à la promotion de l'éducation thérapeutique, se doivent d'être correctement formés pour éduquer et informer à leur tour. Ils sont un interlocuteur de premier plan chez le patient à domicile, et contribuent aux enjeux de santé publique.

Concernant ma question de départ (**Quel est le rôle infirmier auprès des patients diabétique âgés non insulino-dépendant manifestant le refus de respecter les règles hygiéno-diététiques ?**), ce travail de recherche m'a mené vers de nombreuses hypothèses, notamment concernant le rôle infirmier sur l'intervention et son champ d'action au sujet des facteurs d'inobservance. En effet, j'ai pu constater à travers mon travail de recherche que

l'inobservance thérapeutique résultait de nombreux facteurs ; certains étant propres à chaque patient, d'autres se retrouvant de manière plus globale, comme l'impact psychologique provoqué par une maladie chronique tel que le diabète.

L'ensemble de ces données m'a amené à l'élaboration d'une question de recherche, qu'il serait fort intéressant d'investiguer prochainement: Dans quelles mesures l'infirmier peut-il intervenir sur les facteurs d'inobservance thérapeutique dans le cas des maladies chroniques ?

Bibliographie

Livres :

Reach, Gerard. Clinique de l'observance l'exemple des diabetes. 2006, John Libbey Eurotext.

GRIMALDI, André. Guide pratique du diabete. 1997, Editions médicales spécialisées.

BIOY, Antoine, FOUQUES Antoine, Manuel de psychologie du soin, Ed. Breal, 2002 .

Barnier, Philippe, Comment vit-on avec le diabète, Ed Alan Schrotter. 2001

Roger Carl, Le développement de la personne, Dunod, 1991

Popelier, Marc. Le diabète, Cavalier bleu édition, 2006

Manoukian, Alexandre, Massebeuf, Anne, La relation soignant-soigné, Lamarre. 2008

Slama, Gerard, Prise en charge du diabétique non insulinodépendant, Odile Jacob. 2011

Baclou-Debushe, Maryvette, L'éducation des malades chroniques : Une approche ethnocologique, Archive contemporaine édition. 2006

Site internet :

Aide mémoire sur le diabète sucré, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/fr/>

Revue :

Reach Gerard, La non observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la contemporaine. Médecine. Volume 2, Novembre 2006 Numéro 9

Pettermans Jean, Observance thérapeutique en Gériatrie, Revue médicale de liege 2010. Numéro 65

Articles: :

Lacroix Anne, Approche psychologique : Education du Patient : obstacles liés aux patients et aux soignants ? Disponible sur <http://www.ipcem.org/RESSOURCES/PDFress/Lacroix.pdf>

Association française des Diabétiques, Angle de vie chronique du diabète N°23 – Janvier 2008

ANNEXE

ANNEXE 1

Entretien avec l'infirmier Numéro 1

1/ Quels sont les répercussions notables du diabète que vous avez constaté sur le quotidien de vos patients ?

Les patients diabétiques doivent subir chaque jour des prélèvements capillaires et suivre un traitement médicamenteux, ils doivent également suivre régulièrement des visites médicales.

Ils doivent également suivre des règles d'hygiène stricte adaptée à leur diabète.

Sur le plan psychologique, les patients à cause des contraintes et restrictions liés à leur diabète ont le sentiment de se sentir différent des autres

2/ Quelles sont les difficultés et les limites que vous avez rencontrées dans la prise en charge des patients ne respectant pas les règles hygiéno-diététiques ?

Je pense qu'on ne peut forcer des patients à suivre des mesures d'hygiène allant à l'encontre de leur désir. La nourriture est pour eux un moyen de profiter de la vie, il est difficile de leur interdire certains aliments.

3/ Quel discours adoptez vous face un patient qui refuse de se soumettre aux règles hygiéno-diététiques ? Et au près de leur entourage ?

J'essaie à chacun de mes passages chez les patients de faire des rappels sur le bon comportement à adopter quant à l'entourage j'essaie de mener une action d'information afin de faire contribuer l'entourage à l'action éducative que je poursuis avec le patient.

4/ En tant qu'infirmier quels sont les outils dont vous disposez pour faire face à l'inobservance thérapeutique ?

L'éducation thérapeutique nous permet de sensibiliser le patient sur sa maladie, sur ses causes,

et sur le bon comportement à adopter.

5/ Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique ?

Les règles éducatives sont particulièrement strictes et sont difficile à accepter par les patients et après un certain age, les patients ne voient plus un grand intérêt à suivre des mesures strictes et préfèrent vivre comme ils l'entendent

6/ Quel sont selon vous, les particularités de la prise en charge des patients inobservants dans le contexte du soin à domicile ?

A domicile, il est essentiel de respecter l'intimité du patient, de respecter son environnement, son entourage, de se garder de tout jugement sur ses valeurs et ses croyances.

ANNEXE 2

Entretien avec l'infirmier Numéro 2

1/ Quels sont les répercussions notables du diabète que vous avez constaté sur le quotidien de vos patients ?

Le diabète impose de nombreuses contraintes, comme le fait de devoir subir un régime et d'avoir une activité physique, ce qui souvent pose problème d'ailleurs pour les patients, ils ont souvent du mal à adopter une hygiène de vie saine. Les patients doivent subir chaque jour des dextroses ce qui à force est contraignant, toutes ces contraintes peuvent faire perdre une certaine estime de soi.

2/ Quelles sont les difficultés et les limites que vous avez rencontrées dans la prise en charge des patients ne respectant pas les règles hygienodietetiques ?

La principale difficulté est l'exaspération ressentie par les patients face aux mesures rigoureuses qui leur sont suggérées, les patients préfèrent adopter un mode de vie qu'il désire véritablement plutôt que d'en subir un qu'on leur aurait imposé.

3/ Quel discours adoptez vous face un patient qui refuse de se soumettre aux règles hygiéno-diététiques ? Et auprès de leur entourage ?

Face à ces comportements réfractaires, j'essaye de comprendre les raisons qui les poussent à refuser de suivre des réglés, et d'un autre coté je continue à donner des soins éducatifs au fur et à mesure de mes passages

4/ En tant qu'infirmier quels sont les outils dont vous disposez pour faire face à l'inobservance thérapeutique ?

L'outil dont dispose les infirmiers est l'éducation thérapeutique, elle est un moyen d'influer sur les comportements inadaptés. Elle permet au patient d'apprendre et de comprendre sur leur maladie, ainsi cela leur permet de mieux s'approprier les objectifs éducatifs

5/ Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique ?

Je pense que l'éducation thérapeutique que nous dispensons aux patients ne répond pas vraiment aux véritables attentes des patients, souvent les patients ne savent pas pourquoi il est utile d'avoir une telle hygiène de vie, alors qu'ils ont suivi un programme éducatif dispensé par des infirmiers. L'éducation thérapeutique est une chose complexe que je ne maîtrise d'ailleurs toujours pas très bien à ce jour.

6/ Quel sont les particularités de la prise en charge des patients inobservants dans le contexte du soin à domicile ?

Il faut garder une certaine distance avec le patient, ne pas trop le brusquer, et enfreindre son espace vitale à domicile, on est au cœur de l'intimité du patient, la cordialité et la discrétion sont donc de rigueur

ANNEXE 3

Entretien avec l'infirmier numéro 3

1/ Quels sont les répercussions notables du diabète que vous avez constaté sur le quotidien de vos patients ?

Le diabète implique bien évidemment, les prélèvements capillaires, parfois plusieurs par jour, mais aussi la prise d'un traitement, et parfois des injections d'insuline, même dans le cas des patients atteints d'un diabète de type 2.

En plus de ça, ils doivent suivre un régime particulier, et avoir une activité physique adaptée, plus globalement une hygiène de vie saine, c'est à dire un régime hypocalorique, l'arrêt du tabac, et de l'alcool, et des repas bien repartis dans la journée.

Les diabétiques sont également confrontés à l'impact psychologique causé par leur maladie chronique. J'entends par là qu'il y a un processus d'acceptation qui va du choc, lorsqu'on leur annonce leur maladie, à l'acceptation, la pseudo-acceptation ou encore la résignation. Les patients ayant en phase d'acceptation sont par la force des choses devenus compliant avec leur thérapeutique, tandis que les patients dans la phase de pseudo-acceptation, refusent consciemment de se sentir diabétique.

2/ Quelles sont les difficultés et les limites que vous avez rencontrées dans la prise en charge des patients ne respectant pas les règles hygiéno-diététiques ?

Bien souvent les patients refusant d'appliquer les règles d'hygiène alimentaire, ils banalisent et minimisent leur maladie, ainsi que l'impact qu'elle pourrait avoir sur leur santé.

Il y a comme un sentiment de dénégation et de désaveu.

Un peu comme à la manière d'un mécanisme de défense cela leur permet de se détacher de leur maladie.

3/ Quel discours adoptez-vous face à un patient qui refuse de se soumettre aux règles hygiéno-diététiques ? Et auprès de leur entourage ?

Face à ces comportements, la relation d'aide me paraît être une réponse adaptée, c'est en tout

cas la méthode que j'emploie avec mes patients lorsqu'ils sont dans un tel cas de figure.

Il y a ici une nécessité de se montrer emphatique, pour que le patient se sente compris et reconnu dans notre estime. Dans l'attitude il faut se montrer pleinement disponible, et authentique et à l'écoute du patient.

Par rapport à l'entourage, je les sensibilise bien évidemment, ils jouent un rôle important dans ce genre de situation. Ce sont eux qui connaissent et fréquentent le plus le patient, on ne peut donc les exclure du processus.

Souvent ce sont les proches du patients qui font les courses, c'est donc important qu'ils aient des notions sur les aliments adaptés ou non.

Ils peuvent également jouer de leur force de persuasion, ce qui n'est pas négligeable quant l'infirmier n'arrive pas à gagner la confiance du patient.

4/ En tant qu'infirmier quels sont les outils dont vous disposez pour faire face à l'inobservance thérapeutique ?

En premier lieu, l'éducation thérapeutique est bien évidemment l'outil majeur dont dispose l'infirmier pour lutter contre l'inobservance. C'est un processus qui doit être réalisé sur la continuité et avec rigueur. Elle permet aux patients de comprendre le sens de ce qu'on leur demande, on cherche donc à faire coopérer le patient en l'informant, l'en accompagnant dans ses interrogations, et ses doutes, c'est un travail de longue haleine, qui quand il est bien mené donne par expérience de très bons résultats.

Comme j'ai pu le dire avant, la relation d'aide est également un outil qui permet de faciliter la relation avec le patient, A domicile, l'infirmier est le principal interlocuteur médical avec le patient, c'est donc primordiale que cette relation repose sur la confiance, l'écoute et l'empathie

5/ Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique ?

Je pense qu'en premier lieu, les facteurs propres aux patients peuvent expliquer l'inobservance, sa culture, ses expériences personnelles, sociales, ses facultés cognitives et fonctionnelles doivent être prise en compte, et rentrent souvent en jeu dans l'inobservance.

Dans un deuxième temps, l'impact psychologique rentre en ligne de compte, comme j'ai pu t'en parlé avant, il y a un sentiment de désaveu profond de se sentir malade, lié à l'étape de pseudo-acceptation.

6/ Quelles sont les particularités de la prise en charge des patients inobservants dans le contexte du soin à domicile ?

Il y a un certain rapport de civilité à avoir, lorsqu'on se rend au domicile des patients, en tant qu'infirmier on se doit de respecter au mieux l'intimité du patient, de marquer une certaine distance, une absence de jugement. Et comme je te l'ai expliqué dans tes questions précédentes la relation d'aide est une chose essentielle à mettre en œuvre avec ce genre de patient.

ANNEXE 4

GRILLE D'OBSERVATION

Les questions suivantes portent sur les patients âgé diabétique à domicile souffrant d'un diabète de type 2 et ne respectant pas les règles hygiéno-dietetique recommandé par rapport à leur diabète.

1/ Quels sont les répercussions notables du diabète que vous avez constaté sur le quotidien de vos patients ?

2/ Quelles sont les difficultés et les limites que vous avez rencontrées dans la prise en charge des patients ne respectant pas les règles hygiéno-diététiques ?

3/ Quel discours adoptez vous face un patient qui refuse de se soumettre aux règles hygiéno-diététiques ? Et au prés de leur entourage ?

4/ En tant qu'infirmier quels sont les outils dont vous disposez pour faire face à l'inobservance thérapeutique ?

5/ Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique?

6/ Quel sont selon vous, les particularités de la prise en charge des patients domicile ?

J'ai décidé d'effectuer ce travail de recherche suite à différent stage que j'ai pu effectuer auprès de patient diabétique à domicile.

J'avais en effet constaté que beaucoup de patient ne respectait pas toutes les modalités des recommandations d'hygiène de vie.

Pour le réaliser, j'ai dans un premier lu de nombreux ouvrages sur le diabète, sur l'éducation thérapeutique, ainsi que sur la relation entre le soignant et le soigné.

J'ai ensuite formulé une grille de question, que j'ai soumise à des soignants côtoyant la population concernée par mon travail.

Au terme de ce travail de recherche, j'ai pu découvrir, que l'inobservance thérapeutique était notamment liée à des facteurs tant liés aux patients, tels que sa culture, son vécu personnel, ses croyances. Mais aussi des facteurs psychologiques, en effet les maladies chroniques comme le diabète impactent sur la psychologie du patient qui en est atteint, ce qui peut entraîner un sentiment de négation de la maladie, et qui conduit à l'inobservance. L'attitude des soignants peut également jouer sur la bonne observance des patients.

En conclusion, je pense que pour remédier à l'inobservance, les soignants côtoyant cette population de patient doivent être mieux formés et sensibilisés aux action éducatives, à la psychologie des patients atteints de maladie chroniques ainsi qu'a la nature de la relation d'aide à instaurer avec les patients inobservant.

I wore my research on the education of patients with diaetes, particulary on the issue of adherence about hygiene of life. Through my research paper, I wanted to answer the question / How to convince patients with diabetes to meet the terms of their treatment, including on compliance with rules of hygiene of life. To cary my memory research I

I then analyzed their different answer and I put into perspective the boards with my reading.

Through the reading I've done, I hypothesized that the therapeutic noncompliance was caused by psychological factors, as well as patient factors such as culture or life experience, and contrary to what i think there is no inevitability to this problem, it could be it can be resolved by a good patient education, and a relationship between patient and caregiver adapted

To conclude, I found this work very interesting professionally and personally speaking

I was very invested and and this work gave me the desire to work with patients with diabetes at home later.

Mots clés : Diabete, inobservance, relation d'aide, éducation thérapeutique, hygiene de vie

