

# Module I-4

## Approches psychosociales et comportementales

### Contexte

Le diabète est une condition chronique qui a un impact sur tous les aspects de la vie des personnes et des familles touchées par le diabète. Chez les enfants et les adolescents, le diabète peut perturber le développement psychologique et social normal et compliquer les relations familiales. Les personnes atteintes de diabète doivent faire face au défi de l'autorégulation de leur condition, tout en vivant pleinement et en s'épanouissant.

Apprendre à poser les actes liés aux soins autonomes du diabète et à les intégrer aux comportements quotidiens, parallèlement aux autres responsabilités et au stress de la vie, est psychologiquement complexe et lourd. Des complications du diabète aiguës et chroniques peuvent compromettre le bien-être d'une personne et altérer ses capacités.

Les réactions diffèrent concernant l'appréciation et la capacité de chacun à affronter les exigences liées à la gestion autonome du diabète. Les personnes atteintes de diabète sont psychologiquement plus vulnérables que les autres et méritent une attention particulière. Par conséquent, en raison de la complexité de la mise en œuvre des changements de comportement, les éducateurs ont besoin, en plus des compétences pédagogiques, d'une bonne compréhension de l'impact psychosocial du diabète sur la vie quotidienne et de connaissances dans le domaine des sciences comportementales afin d'améliorer la capacité des personnes à faire face à leur situation.

### Buts

- Attirer l'attention sur l'impact du diabète et sur les besoins psychosociaux des personnes atteintes de diabète et de leur famille.
- Doter les participants des connaissances et des compétences nécessaires pour améliorer le bien-être psychologique et la gestion autonome du diabète des personnes atteintes de la condition par le biais d'une approche centrée sur le patient.
- Aborder les approches comportementales et le soutien émotionnel dans le cadre de l'éducation à la gestion autonome.

### Objectifs

Au terme de ce module, le participant sera capable de :

- Décrire l'impact psychosocial du diabète et de son traitement sur la personne atteinte de la condition et sur les membres de sa famille.
- Identifier les attitudes et les comportements professionnels qui aident/qui n'aident pas les personnes atteintes de diabète.

- Reconnaître que :
  - l'adaptation au diabète est un processus continu qui doit être traité aux tout premiers stades de la condition et tout au long du cycle de vie
  - vivre avec le diabète implique souvent des modifications du style de vie difficiles à réaliser et à maintenir pour la plupart des personnes atteintes de diabète
  - le stress associé au diabète est fréquent, notamment la peur de l'hypoglycémie et des complications à long terme
  - la détresse associée au diabète est courante et peut se prolonger plusieurs années après le diagnostic ; elle se manifeste sous la forme de colère, de peur et de frustration
  - la dépression clinique est plus prévalente chez les personnes atteintes de diabète que chez la population générale
  - les personnes atteintes de la condition peuvent appliquer différentes stratégies cognitives et comportementales pour faire face au stress associé au diabète et à son traitement
  - le changement de paradigme en faveur d'une approche basée sur l'autonomisation est plus approprié aux maladies impliquant une gestion autonome, comme le diabète, qu'une approche basée sur l'observance/le suivi d'un traitement
  - les interventions éducatives qui incluent des composants comportementaux et affectifs sont plus efficaces.
- Expliquer les obstacles cognitifs, émotionnels et sociaux aux soins autonomes et les stratégies pour les surmonter.
- Identifier et offrir un soutien émotionnel et comportemental approprié aux personnes atteintes de diabète et à leur famille dans le cadre de l'éducation au diabète.
- Débattre des stratégies et approches qui ont été illustrées pour aider ces personnes à modifier leur style de vie.
- Expliquer les différences en termes d'approche et de stratégies entre l'approche basée sur l'observance et l'approche basée sur l'autonomisation.
- Intégrer des stratégies et des approches appropriées pour aider les personnes atteintes de diabète à mettre en pratique les changements de comportement afin de faciliter effectivement l'éducation et les soins individuels et en groupe.
- Identifier chez les personnes atteintes de diabète les troubles psychologiques prévalents qui nécessitent une attention spéciale et des soins de santé mentale spécialisés (comme la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation, l'abus de substances) et comprendre l'impact sur le bien-être émotionnel, les comportements en termes de soins autonomes et les résultats cliniques.

- Expliquer la vision et les comportements de la communauté par rapport au diabète.
- Expliquer les services de soutien disponibles pour les personnes atteintes de diabète et leur famille.

### Stratégies d'enseignement

Bref exposé pour expliquer les concepts théoriques et les données scientifiques actuelles sur l'efficacité de l'éducation à la gestion autonome

Activités de simulation de la vie avec le diabète (suivre un régime, se faire des injections, surveiller sa glycémie pendant 3 jours) et les complications chroniques du diabète (porter des lunettes pour la cataracte, marcher sur de la glace, etc.). Il est fondamental de souligner que, en aucun cas, ces activités ne permettent de comprendre réellement ce qu'implique la vie avec le diabète ; elles donnent juste un aperçu des soins physiques/cliniques du diabète.

Atelier interactif, notamment jeu de rôle et résolution de problèmes à travers une étude de cas

Séance interactive avec une ou plusieurs personnes atteintes de diabète

### Temps suggéré

2-3 heures

### Profil du/des formateur(s)

Psychologue, éducateur en diabète, personne atteinte de diabète

### Evaluation des apprentissages

Analyse de l'interaction entre la personne atteinte de diabète et les professionnels de la santé après un jeu de rôle

### Références

Anderson RM, Funnell MM, Arnold MS. Using the empowerment approach to help patients change behavior. In Anderson BJ, Rubin RR (Eds). *Practical Psychology for Diabetes Clinicians* 2<sup>nd</sup> edition. American Diabetes Association. Alexandria, 2002.

Anderson B, Funnell M. *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators* 2<sup>nd</sup> edition. American Diabetes Association. Alexandria, 2005.

Anderson BJ, Rubin RR (Eds). *Practical psychology for diabetes clinicians. How to deal with the key behavioural issues faced by patients and health care teams*. American Diabetes Association. Alexandria, 1996.

Bandura A. *Self-efficacy, the exercise of control*. WH Freeman and Company. New York, 1997.

Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 177-87.

Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: State of the science. *Diabetes Educ* 1999; 25(Suppl): S52-S61.

Donie JF. The relationship between diabetes and depression: improving the effectiveness of case management interventions. *Lippincott's Case Management* 2004; 9: 177-83.

Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educ* 2007; 33: 1080-103.

Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: A look back, a look ahead. *Diabetes Educ* 2003; 29: 454-64.

Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, et al. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29: 488-501.

Gerstein HC, Haynes RB. *Evidence-based diabetes care*. BC Decker. London, 2001.

Glanz K, Rimer B, Lewis FM. *Health behavior and health education: theory, research and practice* 3<sup>rd</sup> edition. Jossey-Bass. San Francisco, 2002.

Glasgow RE. Behavioural and psychosocial measures for diabetes care: What is important to assess? *Diabetes Spectrum* 1997; 10: 12-7.

Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabet Med* 2006; 23: 485-501.

Norris SL, Engelgau MM, Narayanan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24: 561-87.

Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis on the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 1159-71.

Norris SL. Self-management education in type 2 diabetes. *Practical Diabetology* 2002; 22: 7-13.

Peyrot M, Kruger DF. A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes; stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav* 1999; 40: 141-58.

Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, et al. The International DAWN Advisory Panel. Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005; 28: 2673-9.

Piette JD, Glasgow RE. Education and self-monitoring of blood glucose. In Gerstein HC, Haynes RB (Eds). *Evidence-based diabetes care*. BC Decker. Hamilton, 2001.

Piette JD, Richardson C, Valenstein M. Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. *Am J Manag Care* 2004; 10: 152-62.

Piette JD, Weinberger M, McPhee SJ. The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: a randomized, controlled trial. *Med Care* 2000; 38: 218-30.

Powers MA, Carstensen K, Colon K, et al. Diabetes basics: education, innovation, revolution. *Diabetes Spectrum* 2006; 19: 90-8.

Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behaviour change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1999.

Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-61.

Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15: 205-18.

Rubin RR, Peyrot M. Men and diabetes: Psychosocial and behavioural issues. *Diabetes Spectrum* 1998; 11: 81-7.

Sabate E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization. Geneva, 2003.

Snoek FJ, Skinner TC (Eds). *Psychology in Diabetes Care*. John Wiley and Sons. Chichester, 2000.

World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Annex I: Behavioural mechanisms explaining adherence. WHO. Geneva, 2003: 35-48.

Du contenu détaillé pour ce module est disponible en anglais sous forme de présentation PowerPoint à [www.idf.org](http://www.idf.org)