

Contribution de l'infirmière de pratique avancée en diabétologie

Le soin à la personne âgée diabétique

En raison de l'hétérogénéité de la population âgée souffrant de diabète de type 2, et des variations en termes de statut fonctionnel, comorbidités et espérance de vie, l'accompagnement thérapeutique représente un défi majeur. En effet, il s'agit de créer un contexte favorable pour l'apprentissage des autosoins (*self-care*) et l'autogestion du traitement (*self-management*), en adaptant les interventions thérapeutiques éducatives, les objectifs glycémiques et les traitements médicamenteux aux besoins individuels, à la préférence des patients et à l'évolution de l'état de santé (1). Ce défi ne saurait être relevé sans une approche coordonnée, le plus souvent, entre le médecin traitant, le diabétologue, l'infirmière en santé communautaire et l'infirmière de pratique avancée en diabétologie.

S'il est démontré que le suivi systématique des patients diabétiques de type 2 par une infirmière de pratique avancée contribue à l'amélioration et au maintien de l'HbA1c (2) dans les limites recommandées et à une diminution des coûts de santé (3), peu d'écrits permettent de comprendre le processus qui guide la pratique directe du soin – une compétence centrale de la pratique avancée en diabétologie. Cet article propose une description de la pratique clinique directe et de sa contribution singulière pour le soin à la personne âgée diabétique dans le contexte particulier de l'hyperglycémie inaugurale.

La pratique clinique directe: une compétence de l'infirmière de pratique avancée en diabétologie

La pratique clinique directe est considérée comme une compétence centrale de la pratique infirmière avancée. Cette compétence est jugée fondatrice de toutes les autres compétences inhérentes à la pratique avancée (4). De manière plus spécifique, la pratique clinique directe inclut six composantes :

- l'utilisation d'une perspective holistique;
- le développement d'une relation thérapeutique et de confiance avec le patient;
- le déploiement d'une expertise clinique;
- l'utilisation de la pratique réflexive;
- l'utilisation des données probantes pour guider la pratique;
- et enfin l'utilisation d'approches diversifiées pour l'intervention dans les états de santé et de maladie (4).

La section présente une vignette et décrit comment ces composantes sont traduites dans la pratique pour guider le processus d'évaluation clinique en diabétologie et le développement de stratégies d'intervention pour favoriser l'apprentissage des autosoins.

Vignette clinique

Mme A est une patiente âgée de 79 ans habituellement en bonne santé, qui vit seule parce que veuve depuis 8 mois. Elle est mère de deux fils qui vivent tous deux à l'étranger. Cette patiente est référée par le médecin traitant à la consultation spécialisée en diabé-



Chantal Montreuil
Inf Msc
Lausanne



Florence Bassin
Inf Msc
Lausanne



Prof.
Diane Morin,
Inf PhD
Lausanne

tologie pour une prise en charge d'une hyperglycémie inaugurale caractérisée par une glycémie veineuse mesurée à 20 mmol/l et par la présence de symptômes de polyurie, polydipsie et une perte pondérale de 6 kilos en un mois. Au moment de l'admission dans la consultation ambulatoire, l'HbA1c est mesurée à 12 % par la méthode rapide par prélèvement capillaire. Le médecin traitant demande une évaluation et l'introduction d'auto-mesure de la glycémie capillaire et une prise en charge par l'infirmière spécialisée en diabétologie durant la période d'ajustement du traitement. Il propose l'introduction d'une insulinothérapie de type Glargine (Lantus) à raison de 0,2 u/kg.

Les fondements qui guident l'évaluation clinique

Dans le contexte de la diabétologie et du cas particulier de l'hyperglycémie inaugurale, l'évaluation clinique de la personne âgée vise à établir les éléments essentiels pour le cheminement vers une autogestion efficace du diabète soit la capacité de la personne à : (a) s'auto administrer son traitement médicamenteux (5) dont l'injection d'insuline; (b) effectuer et interpréter les valeurs mesurées par la glycémie capillaire (6); et enfin (c) intégrer dans sa vie quotidienne, les recommandations pour une alimentation équilibrée et une activité physique. Il importe de préciser ce que signifie « auto-gestion » et « autosoins », car la définition privilégiée par le soignant influence l'évaluation clinique et surtout le déploiement des stratégies éducatives pour la personne âgée diabétique.

Les concepts d'autogestion et d'autosoins

Le concept d'autogestion a été le plus souvent formulé à partir de la perspective des soignants, en mettant l'accent sur la responsabilité et la capacité du patient à gérer son traitement. Pourtant, selon la perspective des patients, l'autogestion est plus complexe: il s'agit d'un processus continu caractérisé par la mise en perspective du diabète; le sentiment de confiance et de compétence nourris par un soutien instrumental et affectif pour faire face aux situations habituelles et inhabituelles; l'apprentissage de l'écoute de son corps; et enfin la capacité à assumer les inévitables fluctuations de la glycémie.

Quant au concept d'autosoins, une analyse approfondie du concept a permis de le définir comme « une activité initiée, de façon consciente suite à un apprentissage, qui est appropriée à la situation et centrée sur un objectif particulier » (7, p.104). Pour effectuer cette activité, des conditions essentielles doivent être présentes : l'apprentissage ; le soutien ; le sentiment d'auto-efficacité ; les habiletés ; la motivation ; l'attention ; l'engagement ; le jugement ; le déséquilibre ; et enfin les ressources (7). Cette clarification invite l'infirmière à considérer l'apprentissage dans une perspective à long terme, en portant une attention particulière au degré de présence de chacune des dimensions essentielles pour l'apprentissage de l'autosoin, et à favoriser le développement d'un sentiment de compétence et de confiance pour faire face aux situations habituelles et inhabituelles.

Les dimensions de l'évaluation clinique

La personne âgée a besoin de faire l'expérience de se sentir respectée, acceptée et mise en valeur par les professionnels de la santé : une telle attitude peut renforcer son identité et le sentiment de contrôle sur sa vie (9). De plus, l'expérience clinique nous montre que la personne âgée diabétique est moins intéressée à connaître la maladie diabétique mais davantage les conséquences de la maladie dans sa vie quotidienne. Ainsi, il importe d'inclure dans le processus d'évaluation des questions ouvertes qui visent à comprendre sa trajectoire de vie ; sa relation à l'état de santé et à la maladie diabétique ; ses modes habituels d'apprentissage ; les conséquences actuelles ou potentielles perçues du diabète sur son rythme de vie, ses relations affectives, ses activités de loisir, et enfin sur l'image d'elle-même.

L'évaluation initiale inclut aussi l'identification des facteurs de risques d'accident cardiovasculaire et la présence anamnestique de complications micro-vasculaires du diabète (rétinopathie, néphropathie et neuropathie périphérique) (1, 8), car un pourcentage significatif de nouveaux cas de diabète de type 2 présente des complications en raison du caractère silencieux de la maladie qui peut retarder le diagnostic. De plus, en fonction de l'âge, il s'agit aussi de rechercher la présence de syndromes gériatriques tels les troubles cognitifs, les limites physiques, les conditions pour s'alimenter (l'état dentaire, la capacité de mastiquer et d'avaler, l'hydratation) ; la dépression ; la polymédication ; la douleur d'origine neuropathique ou d'une autre origine ; et enfin l'incontinence urinaire, souvent la première manifestation du diabète (1, 8).

De l'évaluation clinique vers le développement de stratégies d'apprentissage

En regard de l'évaluation clinique partagée avec les différents soignants et avec la personne âgée, il est possible de développer les stratégies thérapeutiques centrées sur la patiente. Même si elle se sentait motivée, l'état d'anxiété relié à l'annonce du diagnostic et le retour à domicile fragilisent la personne âgée, car elle s'interroge sur ses réactions en tant que personne diabétique dans ses activités quotidiennes.

Le suivi en ambulatoire vise à permettre à la personne âgée de reprendre progressivement confiance en elle-même et d'accroître son sentiment de compétence. Les stratégies d'apprentissage consistent à construire avec la personne de nouveaux repères pour progressivement interioriser le rythme de l'injection d'insuline et de la mesure de la glycémie capillaire. A moyen terme, le traitement devrait permettre de maintenir une HbA1c entre 7.5 et 8 % (1) avec

une priorité à l'évitement strict de l'hypoglycémie. Les objectifs glycémiques devraient se situer entre 5 et 8 mmol/l avant les repas et entre 6 et 12 mmol/l deux heures après le début des repas (1). Le rythme de l'auto mesure de la glycémie capillaire, doit être personnalisé, adapté au rythme d'apprentissage de la personne et réévalué en fonction de l'évolution des tendances de la glycémie.

Pendant la consultation ambulatoire, l'infirmière de pratique avancée en diabétologie évalue avec la personne âgée la tendance des glycémies en vue du réajustement de l'insulinothérapie sous la supervision d'un diabétologue ou du médecin traitant ; poursuit la construction de repères pour des situations habituelles et inhabituelles de la vie quotidienne (identification des symptômes de l'hypoglycémie et les moyens de correction et de prévention, ajustement de l'alimentation et de l'activité physique, sorties au restaurant et en famille) ; permet à la personne âgée de doser ses efforts pour prendre soin du diabète afin de lui permettre un engagement à long terme ; soutient le partage de la responsabilité du traitement avec la personne âgée en lui apprenant « quand il faut faire appel au soignant » ; et enfin elle offre un espace pour exprimer le poids de la souffrance engendré par les conséquences de la maladie dans la vie quotidienne.

Conclusion

Ce document avait pour but de décrire une compétence centrale de la pratique avancée en diabétologie : celle de la pratique directe du soin auprès de la personne âgée diabétique de type 2. En rendant explicite le processus d'intervention, dans le contexte particulier de l'hyperglycémie inaugurale, nous espérons faciliter la collaboration entre les professionnels engagés dans le soin à la personne âgée diabétique.

Chantal Montreuil

Policlinique médicale universitaire de Lausanne

Florence Bassin

Policlinique médicale universitaire de Lausanne

Prof. Diane Morin, Inf PhD

Institut universitaire de formation et de recherche en soins - IUFRS
Rte de la Corniche 10, 1010 Lausanne
diane.morin.iufrs@chuv.ch

+ Références :

sur notre site internet : www.medinfo-verlag.ch

Message à retenir

- ◆ L'évaluation clinique par l'infirmière de pratique avancée en diabétologie, partagée avec la personne âgée et les autres intervenants, permet d'adapter les interventions thérapeutiques éducatives, les objectifs glycémiques et les traitements médicamenteux aux besoins individuels, à la préférence de la personne et à l'évolution de l'état de santé
- ◆ L'accompagnement thérapeutique de la personne âgée en ambulatoire vise à lui permettre de développer des repères et des stratégies pour faire face aux situations habituelles et inhabituelles de la vie quotidienne
- ◆ L'infirmière de pratique avancée en diabétologie amène une contribution singulière et complémentaire à celles des autres intervenants pour le soin à la personne âgée diabétique

Références :

1. Société Francophone du Diabète. Présentation de la traduction française par la Société Francophone du Diabète sur la Prise de Position de l'Association Américaine du Diabète (ADA) et de l'Association Européenne pour l'étude du Diabète (EASD) sur la prise en charge de l'hyperglycémie chez les patients diabétiques de type 2 : une stratégie centrée sur le patient disponible www.sfdiabete.org
2. Vrijhoef, H.M.J., Diederik, J.P.M., Spreeuwenberg, C., et Wolffenbuttel, B.H.R. (2001). Substitution model with central role for the nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients. *Journal of Advanced Nursing*. 36 (4): 546–555
3. Arts, E.A., Landewe-Cleuren, S., Schaper, N.C., et Vrijhoef, H.J.M. (2008). The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialist: A randomized controlled trial with 2 year follow-up. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (6): 1224–1234
4. Tracy, M.F. (2009). Direct clinical Practice. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross et C.M. Hanson. *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. 5th ed. Saunders Elsevier: St Louis Missouri
5. Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique. Montréal : Editions du Renouveau Pédagogique
6. Austin, M. (2013). The two skill sets of self-monitoring of blood glucose Education: The operative and the Interpretative. *Diabetes Spectrum*. 26 (2: 83–90)
7. Mailhot, T., Cossette, S. et Alderson, M. (2013). Une analyse évolutionniste du concept d'autosoins. *Recherche en Soins Infirmiers*, no. 112: 94–106
8. Abdelhafiz, A.H. et Sinclair, A.J. (2013). Management of type 2 Diabetes in older people. *Diabetes Therapy*. DOI10.1007/s13300-013-0020-4
9. Holm, A.L. et Severinsson, E. (2013). A qualitative Systematic Review of Older Person's Perceptions of Health, Ill Health and Their Community Health Care Needs. *Nursing Research and Practice*. <http://dx.org/10.1155/2013/672702>