

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'infirmière HES

**« LE PATIENT DIABÉTIQUE
MUSULMAN : QUELLE APPROCHE
CULTURELLE DANS LES
INTERVENTIONS INFIRMIÈRES EN
VALAIS ? »**

Réalisé par : NDJOUMBI Carine

Directrice de mémoire : Mme FELLAY CHILINSKI Catherine

Sion, juillet 09

Remerciements

Au terme de la rédaction de ce mémoire, je remercie Dieu qui m'a toujours donné la force de passer à travers toutes les épreuves et les découragements, qui m'a aidée à mener à terme cette recherche.

Je remercie sincèrement ma directrice de mémoire, Madame Catherine FELLAY CHILINSKI, pour ses judicieux conseils. Quelques mots ne suffiront pas à exprimer ma profonde gratitude pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de superviser ce travail. Je n'oublierai jamais la gentillesse, la disponibilité, vos encouragements et les qualités scientifiques exceptionnelles que vous avez su mettre au service de mes apprentissages tout au long de notre collaboration. Aussi, je vous suis reconnaissante pour la grande disponibilité dont vous avez fait preuve.

Je dédie ce travail à ma famille, berceau de ma culture. Sans elle je ne serai pas ce que je suis aujourd'hui. Je remercie mes parents pour leur soutien tout au long de mon cheminement scolaire. Merci aux membres de ma famille élargie qui m'ont appuyé chacun de leur manière. Ce travail n'aurait pas pu être finalisé sans la présence de ces personnes dans ma vie. Je tiens à remercier ces personnes chères que j'ai rencontrées en Valais : Audrey, Claude, Laure, les familles Halter et Makuna pour leur amitié et leur soutien.

Enfin, je remercie l'Association Valaisanne du diabète, la HES SO Valais Wallis et tous ses enseignants pour leur soutien au cours de ces années, ainsi que le RESEAU SANTE VALAIS.

Que tous ceux qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail trouvent ici l'expression de ma gratitude.

Résumé

Cette étude a été menée en Valais (Suisse). La population concernée est constituée d'infirmières cliniciennes en diabétologie du Valais romand ; la collecte des données a été faite à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de ces infirmières

Elle tente d'appréhender, les enjeux de l'approche culturelle, liée à la pratique infirmière, chez le **patient diabétique musulman pratiquant** en Valais.

Il s'agit ici de définir le rôle de **l'infirmière clinicienne en diabétologie**. Il s'agit également, de montrer toute la complexité de la prise en charge du patient diabétique musulman pratiquant par cette infirmière, ainsi que les compétences à mobiliser. Il s'agit enfin d'identifier les facteurs culturels qui font obstacles à la prise en charge d'un tel patient, tant du côté du soignant que du soigné.

Il en ressort que la prise en charge d'un patient diabétique musulman, en prenant en compte une **approche culturelle** et spirituelle améliore **l'observance au traitement** et augmente la **qualité des soins**. Cela permet au patient d'avoir un **choix éclairé** sur les soins qui lui sont proposés.

Il apparaît aussi que l'infirmière clinicienne en diabétologie est celle qui accompagne le patient et son entourage dans les autosoins thérapeutiques. Elle est celle qui aide le patient diabétique à atteindre son plus haut niveau d'autonomie. Elle aide également celui-ci, dans la recherche du sens à son vécu, en cocréant avec lui une relation selon ses propres perspectives.

Il apparaît également que l'infirmière clinicienne en diabétologie, doit mobiliser des **compétences spécifiques**, selon un processus mutuel où le patient et le soignant sont **partenaires**.

Il apparaît enfin que : Pour une meilleure réflexion sur sa pratique, une bonne argumentation de ses actes, l'infirmière clinicienne en diabétologie doit se référer aux **théories de soins infirmiers** et au **code déontologique** de la profession infirmière.

Mots-clés : - Patient musulman pratiquant - Infirmière clinicienne en diabétologie - Approche culturelle - Observance au traitement - Compétences - Choix éclairé - Qualité des soins - Théorie de soins - Code déontologique -Partenaire.

Sommaire

1 ÈRE PARTIE : INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE	7
1.1. INTRODUCTION.....	8
1.1.1. <i>Quelques précisions préliminaires.....</i>	8
1.1.2. <i>Présentation du sujet.....</i>	8
1.1.3. <i>Motivations.....</i>	10
1.1.3.1. <i>Motivations personnelles.....</i>	10
1.1.3.2. <i>Motivations professionnelles.....</i>	12
1.1.3.3. <i>Motivations politiques.....</i>	17
1.2. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE	20
1.2.1. <i>Origine de la problématique.....</i>	20
1.2.2. <i>Formulation de la question de recherche.....</i>	22
1.2.3. <i>Hypothèse et objectifs de recherche.....</i>	23
1.2.3.1. <i>Hypothèse.....</i>	23
1.2.3.2. <i>Objectifs de recherche.....</i>	24
2ÈME PARTIE : CADRE DE RÉFÉRENCE	25
2.1. L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE EN DIABÉTOLOGIE.....	26
2.1.1. <i>Théorie sur le diabète.....</i>	26
2.1.1.1. <i>Epidémiologie.....</i>	26
2.1.1.2. <i>Définition du diabète.....</i>	26
2.1.1.3. <i>Physiopathologie du diabète de type1.....</i>	27
2.1.1.4. <i>Physiopathologie du diabète de type2.....</i>	27
2.1.1.5. <i>Les complications métaboliques du diabète.....</i>	28
2.1.1.5.1. <i>L'hypoglycémie.....</i>	28
2.1.1.5.2. <i>Acidose lactique.....</i>	29
2.1.1.5.3. <i>Acidose diabétique.....</i>	29
2.1.1.5.4. <i>Coma hyperosmolaire.....</i>	30
2.1.1.6. <i>Les complications chroniques du diabète.....</i>	31
2.1.1.6.1. <i>La neuropathie diabétique.....</i>	31
2.1.1.6.2. <i>La néphropathie diabétique.....</i>	32
2.1.1.6.3. <i>Macroangiopathie.....</i>	33
2.1.1.6.4. <i>Le pied diabétique.....</i>	33
2.1.1.6.5. <i>La rétinopathie diabétique.....</i>	35
2.1.1.7. <i>Traitement du diabète de type1.....</i>	36
2.1.1.7.1. <i>L'insuline commerciale et conservation.....</i>	36
2.1.1.7.2. <i>L'insulinothérapie.....</i>	38
2.1.1.8. <i>Traitement du diabète de type2.....</i>	38
2.1.1.8.1. <i>Les objectifs du traitement.....</i>	38
2.1.1.8.2. <i>La prévention des complications.....</i>	39
<i>La néphropathie diabétique.....</i>	39
<i>La rétinopathie diabétique.....</i>	39
<i>Le patient diabétique vasculaire.....</i>	39
2.1.1.8.3. <i>Les principes diététiques.....</i>	40
2.1.1.8.4. <i>L'activité physique.....</i>	40
<i>Arguments de physiopathologie.....</i>	40
<i>Arguments cliniques.....</i>	41
2.1.1.8.1. <i>« Signes et symptôme de l'hyperglycémie ».....</i>	42
2.1.2. <i>Les soins infirmiers au patient diabétique.....</i>	43
2.1.2.1. <i>Soins et surveillance des pieds.....</i>	43
<i>Connaître les risques « du pied du diabétique ».....</i>	43
<i>Soigner ses pieds et avoir une hygiène irréprochable.....</i>	43
<i>Ce qu'il faut éviter.....</i>	44
<i>Les chaussettes.....</i>	44
<i>Les chaussures.....</i>	44
L'éducation thérapeutique.....	46
<i>Définition.....</i>	46
<i>Critères de qualité.....</i>	46
<i>Stratégies et contenus de l'éducation thérapeutique du patient.....</i>	47
<i>Evaluation.....</i>	49
2.1.2.2. <i>Les autocontrôles.....</i>	49

Mémoire de fin d'étude

2.1.2.3. L'équilibre alimentaire	51
2.1.2.4. L'activité physique	51
2.1.2.5. Prise en charge en réseau	52
2.1.2.6. Information auprès de la famille	52
2.1.2.7. Enseignement sur les nouvelles technologies	53
2.1.3. Les compétences de l'infirmière clinicienne en diabétologie	53
2.1.3.1. Sa mission.....	53
2.1.3.1.1. Mission générale	53
2.1.3.1.2. Délégation, compétences	54
2.1.3.2. Ses responsabilités principales.....	54
2.1.3.3. Ses compétences	58
2.1.3.3.1. Définition d'une compétence.....	58
2.1.3.3.2. Compétence théorique sur le diabète (voir chapitre 5.1.1)	60
2.1.3.3.3. Compétences au niveau de la prise en charge du patient et son entourage (voir chapitre 5.1.2).....	60
2.1.4. Les théories et outils en soins infirmiers	60
2.1.4.1. Théorie de Dorothea Orem	60
2.1.4.2. La spiritualité dans les soins : Théorie de Rosemarie Parse et le Caring Jean Watson	62
2.1.4.3. Le soin transculturel de Madeleine Leininger.....	64
2.1.4.4. La déontologie infirmière	65
2.1.4.5. Les normes de qualité en soins infirmiers.....	67
2.2. LE PATIENT DIABÉTIQUE.....	68
MUSULMAN PRATIQUANT	68
2.2.1. <i>Notion de crise, chronicité, perte et deuil.....</i>	68
2.2.1.1. Crise	68
2.2.1.2. Chronicité	69
2.2.1.3. Perte et deuil	70
2.2.2. <i>Ses besoins, limitations d'autosoins</i>	71
2.2.2.1. Comment définir un besoin ?.....	71
2.2.2.2. Les besoins spécifiques du patient diabétique pratiquant	72
2.2.2.2.1. Besoin physiologique	72
2.2.2.2.2. Besoin d'autonomie et d'apprentissage	73
2.2.2.2.3. Besoin psychologique.....	73
2.2.2.2.4. Besoin spirituel.....	73
2.2.3. <i>Compliance thérapeutique, observance au traitement</i>	74
2.2.4. <i>Ses représentations, croyances, rites et pratiques religieuses et culturelles</i>	76
2.2.4.1. Facteurs influant sur l'état de santé et sur les croyances et les comportements en matière de santé.....	76
2.2.4.1.1. Facteurs internes.....	77
2.2.4.1.2. Facteurs externes	77
2.2.4.2. Croyances selon la religion musulmane.....	78
2.2.4.2.1. La prière	79
2.2.4.2.2. Le Coran.....	79
2.2.4.2.3. Le calendrier islamique	80
2.2.4.2.4. Le Ramadan.....	80
2.2.4.2.4.1. Les conséquences médicales du jeûne du Ramadan.....	81
2.2.4.2.4.2. La prise en charge du patient diabétique en période du jeûne du Ramadan	82
2.2.5. <i>L'approche culturelle dans les interventions infirmières chez le patient diabétique musulman</i>	86
2.2.5.1. La compétence culturelle.....	86
2.2.5.1.1. Définition	86
2.2.5.1.2. Les trois dimensions de la compétence culturelle et leurs ressources.....	87
2.2.5.1.2.1. Savoir : les connaissances culturelles.....	87
2.2.5.1.2.2. Savoir-faire : un univers opérationnel	87
2.2.5.1.2.3. Savoir être	88
2.2.5.1.3. L'exercice de la compétence culturelle	89
2.2.5.2. La démarche de soins culturellement adaptés.....	90
2.2.5.2.1. Collecte des données	91
2.2.5.2.2. Analyse.....	91
2.2.5.2.3. Planification	91
2.2.5.2.4. Interventions.....	92
2.2.5.2.5. Evaluation	93
2.2.6. <i>Les obstacles à la prise en charge du diabète spécifiques au patient diabétique musulman et stratégies thérapeutiques.....</i>	94
2.2.6.1. L'obstacle linguistique et éducatif.....	94
2.2.6.2. Les obstacles culturels et religieux	95
2.2.6.2.1. Diabète : facteur de dévalorisation sociale	95
2.2.6.2.1.1. Action infirmière	95
2.2.6.2.2. Remise en question de la culture occidentale et donc de sa médecine.....	96

Mémoire de fin d'étude

2.2.6.2.3. Diabète : sanction divine, sanction expiatoire	96
2.2.6.2.4. Diabète : épreuve divine	96
2.2.6.2.5. Dieu est le véritable thérapeute	96
2.2.6.2.5.1. Actions infirmières	97
2.3. INTERDISCIPLINARITÉ : LE RÉSEAU INTERDISCIPLINAIRE EXISTANT EN VALAIS POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE MUSULMAN PRATIQUANT	98
2.3.1. Définition de l'interdisciplinarité	98
2.3.2. Compétence interdisciplinaire	99
2.2.3. Justification de l'interdisciplinarité en diabétologie	100
2.2.3.1. Les principes de base de l'interdisciplinarité	100
2.2.3.2. Les objectifs de l'interdisciplinarité	100
2.2.3.3. Les conditions de réussite	101
2.2.4. Exemple de cas : l'équipe de la consultation interdisciplinaire du « pied diabétique » au CHUV (CENTRE Hospitalier Universitaire du canton du vaud)	102
2.2.5. Le réseau interdisciplinaire existant en Valais pour la prise en charge du patient diabétique musulman	103
2.2.5.1. Le corps médical	103
2.2.5.2. Les autres professionnels de la santé	103
2.2.5.3. Association Valaisanne du Diabète (AvsD)	103
2.2.5.4. Association Valaisanne pour l'Interprétariat communautaire (AVIC)	104
2.2.5.5. Le centre culturel Islamique	104
2.2.5.6. Les autres associations	105
3 ÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE ET ANALYSE	106
3.1. MÉTHODOLOGIE	107
3.1.1. Approche qualitative	107
3.1.2. Echantillon	108
3.1.3. Outil de collecte des données	109
3.1.3.1. Construction de l'entretien	109
3.1.3.2. Pré-test de l'entretien	111
3.1.3.3. Déroulement des entretiens	111
3.1.4. Principes éthique et protection des données	112
3.2. ANALYSE	113
3.2.1. Analyse et interprétation en lien avec le cadre théorique	113
3.2.1.1. Analyse des données brutes	113
3.2.1.1.1. 1ère partie: rôle de l'infirmière clinicienne	114
3.2.1.1.2. 2ème partie : les facteurs culturels et spirituels qui font obstacle à la prise en charge du diabète chez le musulman	115
3.2.1.1.3. 3me partie : les obstacles / représentations de l'infirmière	116
3.2.1.1.4. 4e partie : les ressources/besoins de l'infirmière	116
3.2.1.2. Interprétation en fonction du cadre théorique	118
3.2.1.2.1. 1ère partie: rôle de l'infirmière clinicienne	118
3.2.1.2.2. 2ème partie : les facteurs culturels et spirituels qui font obstacle à la prise en charge du diabète chez le musulman en valais	121
3.2.1.2.2.1. La langue	122
3.2.1.2.2.2. Les représentations et croyances du patient	124
3.2.1.2.2.3. Rites et pratiques religieuses : le Ramadan	126
3.2.1.2.3. 3ème partie: les obstacles / représentations de l'infirmière	132
3.2.1.2.4. 4e partie : les ressources/besoins de l'infirmière	135
4ÈME PARTIE : CONCLUSION	136
4.1. SYNTHÈSE : RÉPONSE À L'HYPOTHÈSE ET À LA QUESTION DE RECHERCHE	137
4.1.1. Réponse à l'hypothèse	137
4.1.1.1. Première partie de l'hypothèse	137
4.1.1.2. Deuxième partie de l'hypothèse	137
4.1.2. Réponse à la question de recherche	138
4.1.2.1. Les compétences nécessaires à une infirmière clinicienne pour prendre en charge des patients diabétiques musulmans pratiquants	138
4.1.2.2. Les compétences que l'infirmière clinicienne en diabétologie doit encore développer	140
4.1.3. Atteinte de mes objectifs de recherche	142
4.2. VALIDITÉ DE LA RECHERCHE / COHÉRENCE	144
4.2.1. Limites de la recherche	144
4.2.2. Validité interne	144
4.2.3. Validité externe	145

Mémoire de fin d'étude

4.3. BILAN PERSONNEL.....	146
4.3.1. Atteinte de mes objectifs de recherche.....	146
4.3.2. Facilités rencontrées.....	148
4.3.3. Difficultés rencontrées.....	148
4.3.4. Critique générale de mon travail.....	149
4.4. POUR ALLER PLUS LOIN.....	150
4.5. MOT DE LA FIN.....	151
5ÈME PARTIE : BIBLIOGRAPHIE	152
5.1. LIVRES, MONOGRAPHIES, OUVRAGES.....	153
5.2. ARTICLES, PÉRIODIQUES, QUOTIDIENS.....	155
5.3. COURS.....	156
5.4. AUTRES DOCUMENTS.....	156
5.5. ENTRETIENS.....	157
5.6. SITES INTERNET.....	157
5.7. ENCYCLOPÉDIES EN LIGNE.....	159
6ÈME PARTIE : ANNEXES	I
ANNEXE I : THÉORIE DE DOROTHEA OREM	II
ANNEXE II : DÉFINITION DES TERMES	IV
ANNEXE III : THÉORIE DE ROSEMARIE PARSE.....	X
ANNEXE IV : LE CARING DE JEAN WATSON.....	XII
ANNEXE V : LE SOIN TRANSCULTUREL DE MADELEINE LEININGER	XIV
ANNEXE VI : TABLEAU SUR LES DIVERS NIVEAUX DE QUALITÉ DES SOINS	XVI
ANNEXE VII : GRILLE D'ENTRETIEN.....	XVIII
ANNEXE VIII : LETTRE EXPLICATIVE À LA DIRECTION DES SOINS DU CHCVS	XXII
ANNEXE IX : INFORMATION DESTINÉE AUX PERSONNES PARTICIPANT À L'ÉTUDE.....	XXV
ANNEXE X : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.....	XXVII

1 ÈRE PARTIE :
INTRODUCTION ET
PROBLEMATIQUE

1.1. INTRODUCTION

1.1.1. QUELQUES PRÉCISIONS PRÉLIMINAIRES

Ce travail de recherche couronne les quatre années de ma formation d'infirmière HES. Il me permet de mettre en application les compétences que j'y ai développées.

Afin de faciliter la lecture et l'interprétation correcte des dires avancés dans ce travail, je tiens à faire quelques précisions :

- Afin que la rédaction en soit facilitée et la cohérence respectée, je n'ai utilisé que la forme féminine pour définir les infirmières. Il est bien clair que j'inclus dans ce terme les infirmiers de plus en plus nombreux dans cette formation.
- Le terme « patient » renvoie uniquement au patient adulte.
- Tout au long de ce travail j'utiliserai le terme « MFE » pour désigner le mémoire de fin d'étude.
- Je tiens à préciser d'autre part que les opinions émises et tirées d'ouvrages publiés n'engagent que leurs auteurs.
- Et pour terminer, je tiens à rassurer les personnes qui ont contribuées à l'élaboration de cette recherche qu'aucune information personnelle les concernant ne figure dans le présent travail. Je leur garantis ainsi l'anonymat lié au principe de recherche.

1.1.2. PRÉSENTATION DU SUJET

Identifier et prendre en compte les besoins biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels dans l'accompagnement de la personne soignée et de ses proches sont des critères qui s'intègrent dans le standard de qualité des soins infirmiers de l'association suisse des infirmières et infirmiers.

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient diabétique musulman, une meilleure compréhension de la culture permet de mieux appréhender les demandes, exprimées ou

supposées, du patient musulman en fonction de son comportement et d'ajuster la prise en charge ou de proposer des intervenants adaptés.

Que ce soit en milieu hospitalier ou extra hospitalier, l'infirmière dans sa pratique doit respecter la personnalité et les valeurs du patient et de ses proches quelles que soient leur culture, leur statut économique et leurs convictions religieuses¹.

Le code déontologique du CII² pour la profession infirmière rajoute en allant encore plus loin que l'infirmière doit non seulement respecter la culture du patient mais la considérer, fournir des soins en respectant les droits de l'homme, en faisant preuve d'équité, de justice et de solidarité et en étant sensible aux valeurs, coutumes et croyances des gens³.

Le thème que j'aborde dans mon mémoire de fin d'étude est le suivant:

« Le patient diabétique musulman : quelle approche culturelle dans les interventions infirmières en Valais ? »

Au travers de mes expériences pratiques, lors de mes discussions avec des infirmières d'horizons et de services divers ainsi qu'avec des étudiants en soins infirmiers, j'ai été étonnée de constater que :

« La sensibilité aux aspects culturels se manifeste plus dans le discours des soignants que dans leurs pratiques professionnelles. »

La prise en compte de la singularité du patient est essentielle face à une pathologie aussi complexe que le diabète.

¹ ROTH.H et ZIERATH.M. « L'éthique dans les soins infirmiers ». *Association suisse des infirmières et infirmiers*, février 1999

² CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES (CII). *Code déontologique pour la profession infirmière*. Genève, 2000

³ Ibidem

La formation des soignants sur le sujet est-elle adéquate ? Existe-t-il en Valais assez de ressources pour des soins culturellement adaptés au patient diabétique musulman ? Y a-t-il une nécessité d'inviter à l'amélioration de la formation des soignants dans ce domaine ?

L'objectif principal de mon mémoire est de mettre en relief les compétences nécessaires à la prise en charge du patient diabétique musulman par une infirmière clinicienne valaisanne spécialisée en diabétologie.

J'explicitai dans la suite de ce travail les motivations qui m'ont conduite à porter ma réflexion sur les soins infirmiers aux patients diabétiques musulmans.

Ma démarche est de type qualitative et explicative. Quant à la méthode utilisée pour mener cette recherche, j'ai effectué des entretiens semi-directifs auprès des infirmières cliniciennes en diabétologie du Valais romand.

Après avoir énoncé la problématique, posé des hypothèses et déterminé les objectifs à mesurer, la discussion s'ouvre sur des propositions d'élaboration d'un projet. Le but de celui-ci est de répondre aux besoins de l'infirmière clinicienne valaisanne en diabétologie spécifique à la prise en charge du patient diabétique musulman pratiquant. Celle-ci pourra ainsi créer un réel partenariat de soin avec son patient qui se sentira impliqué, quelque soit son état, sa culture, ses croyances, son savoir et son mode de vie.

1.1.3. MOTIVATIONS

1.1.3.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES

Dans un premier temps, je vais expliquer les raisons personnelles qui m'ont motivée à choisir cette thématique de recherche.

Je suis originaire du Cameroun, pays situé en Afrique centrale où domine comme religion le christianisme à 53 %, l'islam à 22% et l'animisme à 25%⁴.

⁴ CAMEROON-INFOS.NET-ACTUALITES « Tracts anti-chrétiens dans le nord du Cameroun » [En ligne]. Adresse URL : http://www.cameroon-info.net/cmi_show_news.php?id=14856 (page ou site consulté le 12 du 03 2008)

Lorsque j'ai pris la décision de commencer la formation d'infirmière HES, j'ai dû effectuer un pré-stage dans un milieu hospitalier ou un établissement médicosocial avant d'intégrer la formation.

J'ai donc fait ce stage dans un établissement médicosocial de la ville de Sion.

C'est à cette occasion que j'ai découvert la différence entre ma culture et celle de la Suisse. J'ai été très marquée par ce premier stage car je ne comprenais pas comment les personnes âgées pouvaient être placées dans des milieux où des personnes extérieures à leur famille devaient s'en occuper, car dans mon pays cela ne se fait pas : cette tâche revient à la famille.

Tout au long de mes différents stages, je me suis retrouvée plusieurs fois face à certaines situations qui questionnaient mes valeurs mais paraissaient normales pour le reste de l'équipe soignante.

Essayant souvent de me positionner du point de vue du patient lorsque j'élabore mes prises en charges, je me suis rendue compte que ce n'est pas toujours facile pour l'infirmière d'identifier les besoins réels d'un patient et d'y répondre. Je suis donc partie d'un constat personnel :

« La méconnaissance de la culture⁵ ou de la religion peut influencer le soignant dans la prise en charge adéquate du patient »

Au 5ème semestre, nous avons vu lors du module «Santé et Migration» les difficultés et les souffrances que peuvent rencontrer les personnes migrantes dans l'accessibilité aux soins. Ces difficultés peuvent être dues à plusieurs facteurs : aux représentations de la maladie, au traumatisme migratoire, aux valeurs culturelles ainsi qu'au niveau socioprofessionnel. Ces cours m'ont aidée à affiner mon thème de recherche.

J'ai choisi la religion musulmane car celle-ci est différente de la religion chrétienne qui est la mienne. Les Chrétiens et les Musulmans diffèrent par leurs croyances et par leurs rites. En vérifiant une partie de ces éléments, j'ai constaté que les infirmières en Valais, canton où le catholicisme est dominant, avaient peu ou pas de connaissance sur la religion musulmane.

Ce qui a aussi le plus motivé mon choix pour ce thème, c'est la complexité⁶ de la situation. En effet, cette formation d'infirmière HES m'a appris à être une praticienne réflexive. Au fur

⁵ Selon Leininger, la culture peut être définie comme : les valeurs, les croyances, les normes et les pratiques apprises et partagées par un groupe particulier, et qui orientent leur pensée et modèlent leurs décisions et leurs actions. Tiré de : LEININGER.M . les soins infirmiers transculturels.*Soins infirmiers*, 1995,n° 1,pp.60-61

et à mesure que j'avancerais dans ma formation, j'ai développé de l'intérêt pour la pratique de maîtrise avancée des soins infirmiers, bien qu'étant encore étudiante. J'ai la volonté de mettre en application un savoir approfondi aux besoins du patient et de son entourage.

C'est par cette volonté de pouvoir un jour me perfectionner et contribuer au rayonnement de la profession infirmière que, par le biais de mon MFE, je m'initie à une réflexion systémique.

Pourquoi le diabète ?

Personnellement, je me sens directement concernée par le diabète car malheureusement, c'est une pathologie qui sévit dans ma famille ; plusieurs membres en sont atteints. Je possède moi-même des prédispositions génétiques au diabète.

Par ce travail, j'aimerais :

- **Approfondir mes connaissances sur le diabète et sa prise en charge en réseau.**
- **Développer une réflexion systémique face à une situation rencontrée.**
- **Avancer dans mon processus de professionnalisation grâce à une prise de décision basée sur un jugement clinique, en faisant abstraction de mes propres convictions.**
- **Améliorer la qualité de mes interventions professionnelles par le développement de l'approche culturelle.**

1.1.3.2. MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES

En ce qui concerne mon processus d'apprentissage, je pense que l'élaboration de ce mémoire participe au développement de plusieurs compétences propres à ma future profession d'infirmière, plus précisément les compétences 1, 2, 3, 4, 5, selon le « référentiel des compétences de la filière des infirmières et infirmiers⁷ ».

⁶ Pour moi, une situation de soin complexe est une situation dont de nombreux aspects différents sont susceptibles de modifier les soins. Cela demande des interventions adaptées et personnalisées. Une telle situation peut faire intervenir des facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux, familiaux, économiques, culturels, spirituels, éthiques et légaux.

⁷ HES SO, HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE. Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion : 2004

Voici de manière plus détaillée ce en quoi mon travail de recherche s'inscrit dans l'acquisition de chacune de ces cinq compétences.

Compétence 1 : « concevoir, réaliser, évaluer des prestations infirmières en partenariat avec la clientèle en définissant, avec les acteurs impliqués, un projet de soins et les moyens pour le mettre en œuvre.»

Mon sujet de mémoire touche surtout cette compétence car j'oriente mes interventions d'après une démarche de soins qui considère le patient dans sa globalité.

- **En définissant, avec les acteurs impliqués, un projet de soins et les moyens pour le mettre en œuvre.**

Ce travail me permettra d'élaborer une démarche de soin avec le patient, tout en y intégrant son entourage. Ce projet de soin tiendra compte de ses représentations, de ses croyances, de ses rites et pratiques religieuses afin de favoriser son autonomie et l'observance au traitement.

- **En accompagnant la clientèle dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.**

Je dois comprendre les comportements liés aux phases d'acceptation de la maladie et pouvoir identifier le stade auquel le patient se trouve. Ainsi, je pourrai adopter l'attitude adéquate pour l'aider à maintenir ou à développer des stratégies d'adaptation à cette maladie chronique qui est le diabète.

- **En utilisant des réponses différenciées dans ses interventions éducatives, préventives, diagnostiques et thérapeutiques.**

L'approche culturelle lors des interventions infirmières me permet d'être sensible aux problèmes de santé spécifiques au patient diabétique musulman et d'élaborer des diagnostics infirmiers ainsi que des choix thérapeutiques adaptés.

- **En créant les conditions qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques.**

Je dois soutenir et aider le patient dans le développement de ses capacités actuelles et potentielles, en lui offrant la liberté de choisir la meilleure alternative à un moment donné de sa vie.

Objectif d'apprentissage : Par ce MFE, j'aimerais mettre en relief les différents aspects de la prise en charge globale d'un patient diabétique musulman pratiquant en Valais.

Compétence 2 : «**Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins en considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.** »

Cette compétence est très importante car elle permet de développer une alliance thérapeutique avec le patient. Ce concept d'« alliance thérapeutique » présente un intérêt majeur dans une pathologie chronique comme le diabète qui implique une relation soignant /soigné basée sur la confiance, l'écoute, une succession de négociations et un accord sur les objectifs à atteindre et les moyens d'y parvenir.

- **En considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.**

Pour moi, un patient diabétique depuis de longues années est « expert » dans sa maladie, je dois cheminer avec lui dans un climat de partage des connaissances et d'expérience du diabète.

De plus, si ce patient diabétique musulman est un migrant, je dois tenir compte de son processus migratoire dans l'élaboration de son projet de soin.

- **En mettant en œuvre des capacités de communications verbale et non verbale.**

Je dois intégrer les difficultés et troubles de communication des patients (en particulier lorsqu'ils sont de langue étrangère) et savoir comment y remédier.

Compétence 3 : «Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé : en évaluant la situation en référence aux déterminants de la santé ».

Cette compétence met en évidence les habitudes de vie du patient. Des enseignements sont à mettre en place par rapport à l'impact du mode de vie (l'alimentation, l'activité physique, la médication) sur son état de santé, et notamment sur les complications possibles (ex : le « pied diabétique»). Je connaîtrai les ressources à disposition en matière de prévention pour informer le patient.

- **En favorisant chez le client l'expression d'une demande et en l'aidant à la clarifier.**

Je reconnais que chaque patient a une façon unique de réagir à la maladie et de gérer son diabète, c'est pourquoi je prends en compte ses besoins spécifiques.

- **En utilisant des approches pédagogiques personnalisées et tenant compte des caractéristiques identifiées chez le client.**

Je dois construire une ébauche de manuel d'éducation thérapeutique en prenant en compte les besoins éducatifs, culturels et spirituels du patient pour lui transmettre le message ; je dois choisir des moyens éducatifs adaptés.

Compétence 4 : «Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions en recourant au jugement clinique pour analyser et interpréter les situations de soins. »

- **En recourant au jugement clinique pour analyser et interpréter les situations de soins.**

Le jugement clinique comprend deux parties : le jugement diagnostique et le jugement thérapeutique⁸.

Avec la collaboration du patient, nous identifierons ses problèmes de soins, tout en nous référant à la théorie de l'école des besoins⁹. Je poserai les différents diagnostics infirmiers qui en découleront et déterminerai ceux qui sont prioritaires.

⁸ FELLAY CHILINSKI, Catherine. Le jugement clinique. *Cours D7M50 promotion HES04 à la HES-SO Valais-Wallis*, septembre 2006, p.1-7

- **En se référant à un corpus de connaissances professionnelles actualisées et propre au champ disciplinaire infirmier.**

Le thème de ce mémoire me pousse à réfléchir sur les connaissances théoriques et pratiques sur lesquelles s'appuie la prise en charge du patient diabétique musulman pratiquant en Valais.

Objectif d'apprentissage : A la fin de ma recherche, je m'auto évaluerai de manière critique et distanciée¹⁰ en regard avec la démarche méthodologique entreprise afin de vérifier l'atteinte de mes objectifs d'apprentissage et de recherche.

Compétence 5 : « **Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires** »

En réalisant mon MFE, je conduis moi-même une recherche en soins infirmiers ; je m'initie à des méthodes de recherche, répondant à une problématique, je suis une méthodologie précise tout en respectant les principes éthiques.

Objectif d'apprentissage : Au travers de mon MFE, j'appliquerai une méthodologie afin de mener à bien une recherche en sciences infirmières avec tout ce que cela implique : recherche de documents pertinents, explorations diverses (lectures et entretiens), définition d'une problématique, création d'un cadre de référence, création d'un outil d'investigation, récolte de données sur le terrain. Je serai capable d'analyser les données recueillies au cours des entretiens en fonction du cadre de référence construit et d'élaborer une synthèse finale avec une autoévaluation finale.

Compétence 9 : « **S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier** »

- **En affirmant le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires.**

⁹ Selon cette école, le soin est centré sur l'indépendance de la personne dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux (Henderson) ou sur sa capacité d'exercer ses autosoins (Orem). Tiré de : KEROUAC S., La pensée infirmière, *Conception et stratégie*, Editions Maloine, 1994, Chp.2, P 46, 162p

¹⁰ Une des qualités d'un chercheur est celle de la distanciation : il doit être capable de maintenir une certaine distance avec son objet d'étude afin de mener à bien sa recherche.

A l'aide de ce travail de recherche, j'identifierai les différents professionnels de l'équipe interdisciplinaire qui gravitent autour du patient diabétique afin de pouvoir les utiliser comme ressource dans le projet thérapeutique. Je serai aussi capable d'argumenter et de défendre le point de vue infirmier face aux autres professions de la santé.

1.1.3.3. MOTIVATIONS POLITIQUES

L'enjeu politique de ce MFE est grand :

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU oblige les pays signataires, dont la Suisse, à reconnaître à chacun le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Elle les contraint aussi à créer les conditions garantissant à chaque malade l'accès aux infrastructures médicales et aux soins médicaux¹¹.

En effet, améliorer l'intégration de la population migrante figure parmi les éléments phares de la politique fédérale suisse.

Faire de l'égalité des chances une réalité pour tous, voilà ce dont dépend la réussite du processus d'intégration. Du point de vue sanitaire, cela signifie que la population migrante¹² doit pouvoir réaliser son potentiel de santé en Suisse au même titre que la population indigène. L'Office fédéral de la santé publique poursuit cet objectif depuis 2002, dans le cadre de la stratégie nationale « Migration et santé ».

Les objectifs de cette stratégie sont :

- Les personnes d'origine migrante disposent de compétences et d'informations suffisantes dans le domaine de la santé pour pouvoir adopter un comportement favorable à la santé.
- Le personnel de santé dispose de compétences spécifiques en matière de migration.
- Les interprètes communautaires professionnels sont davantage sollicités et interviennent en fonction des besoins.

¹¹ OFFICE FEDERALE DE LA SANTE PUBLIQUE « Recherche Migration et santé » ». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00206/index.html?lang=fr> (page consultée le 20 du 05.2008)

¹² On entend par personnes d'origine migrante l'ensemble des personnes résidant en Suisse qui étaient de nationalité étrangère à leur naissance, indépendamment du lieu de naissance, que ce soit en Suisse ou à l'étranger. Ce terme englobe donc la première et la deuxième génération de la population étrangère résidant en Suisse ainsi que les personnes naturalisées. Ibidem

- Les connaissances sur la situation sanitaire des personnes d'origine migrante sont complétées et mises à la disposition des milieux intéressés.

¹³Depuis 2002, le Valais pose les jalons d'une politique d'intégration des étrangers. Il a passé à la vitesse supérieure en présentant aux milieux intéressés et concernés des propositions pour une intégration la plus réussie possible. Ainsi, les nouveaux arrivants en Valais reçoivent un fascicule de bienvenue et sont invités rapidement à une réunion d'information. Cette dernière est tenue dans la langue du migrant.

En 2000, le recensement indiquait que la part de la population étrangère représentait 20,5 %¹⁴.

En classant la population étrangère résidant en Suisse par pays d'origine, on obtenait à la fin de 2004 la répartition suivante: 85 % étaient d'origine européenne, dont la majeure partie (57 %) de l'Union européenne (UE des 25) et des pays membres de l'AELE¹⁵.

Parmi les pays européens, l'Italie arrive en tête avec 19 %, suivie de la Serbie et du Monténégro, Kosovo inclus (13 %), du Portugal (11 %) et de l'Allemagne (10 %). 5 % des étrangers étaient originaires de l'Espagne, de la France et de la Turquie. Les 15 % restants venaient principalement d'Asie (7 %), d'Afrique (4 %) et d'Amérique (4 %).

En Valais, on compte 7394 personnes dans la communauté musulmane en 2000¹⁶. En Suisse romande, 45% de ces musulmans viennent de l'ex-Yougoslavie, 9,2% viennent de la Turquie et 16,6 % proviennent des pays africains et du Maghreb.

¹³ RHÔNE FM « Le Valais présente sa politique d'intégration des étrangers ». ». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.rhonefm.ch/fr/informations/infos-a-chaud/le-valais-presente-sa-politique-d-integration-des-etrangers-313-20335> (page consultée le 05 du 04 2009)

¹⁴ OFFICE FEDERALE DE LA STATISTIQUE « le paysage religieux en Suisse » recensement fédéral de la population 2000». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.50517.pdf> (page consultée le 08 du 04 2008)

¹⁵ Association Européenne de Libre-échange

¹⁶ Ibidem

En ce qui concerne le diabète, l'importance de cette pathologie découle de ses complications. En terme de prévalence de maladies chroniques invalidantes, le diabète figurerait au 9ème rang chez les hommes et au 6ème rang chez les femmes¹⁷.

Permettre à tous les patients diabétiques en Valais, et en particulier aux musulmans, de bénéficier en toute égalité des soins de qualité, afin d'augmenter leur qualité de vie et de réduire les coûts de la santé est l'objet de cette étude.

¹⁷ Ibidem

1.2. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

1.2.1. ORIGINE DE LA PROBLÉMATIQUE

Le point de départ de ma recherche a d'abord été motivé par un constat quantitatif : la religion musulmane est la première religion au monde en nombre de pratiquants¹⁸.

En Suisse, en deuxième position après le christianisme, l'Islam constitue une référence morale et sociale aux populations balkaniques et, dans une moindre mesure africaines, pour lesquelles il renforce le sentiment d'appartenance à une communauté.

En Valais, canton en majorité catholique, la population musulmane se classe en troisième position après les catholiques romains et les évangélistes réformés¹⁹.

Par ailleurs le diabète est une maladie grave:

En Suisse la population diabétique diagnostiquée représente à peu près 4% de la population.²⁰

Il m'a semblé intéressant de croiser ces deux thématiques à l'aide des points suivants :

La religion musulmane caractérisée par le ramadan, jeûne diurne le plus souvent suivi de festivités nocturnes au cours desquelles la consommation de mets sucrés est importante, est un moment particulièrement critique pour un grand nombre de patients diabétiques musulmans pratiquants.

Soigner un patient atteint d'une maladie chronique comme le diabète est un exercice difficile. Certains patients atteints du diabète depuis de longues années peuvent négliger leur traitement par révolte, par lassitude ou encore par défi. Une crise est parfois nécessaire pour qu'une nouvelle prise de conscience puisse se faire. Une prise en charge bien conçue est alors indispensable.

Certains musulmans pratiquants ont une volonté de marquer leur appartenance à leur communauté. Cette motivation passe pour la plupart du temps par le déni ou la minimisation

¹⁸ ATHEISME.FREE « statistiques religieuses ».[En ligne]. Adresse URL : http://atheisme.free.fr/Revue_presse/Statistiques_religieuses.htm(page consultée le 08 du 04 2008)

¹⁹ Ibidem

²⁰ SALVEO. « Le diabète en Suisse ».[En ligne]. Adresse URL : <http://www.automedication.ch/fr/soigner/actualite/12.2001/diabete.html>. (page consultée le 05 du 01 2008)

de la maladie, malgré le fait que le Coran exempte le malade de certaines pratiques religieuses.

Si, en plus de la **chronicité** liée à la maladie, se rajoutent les facteurs qui relèvent de ses croyances et de sa culture, la prise en charge d'un patient musulman diabétique est une situation de soin complexe où plusieurs facteurs interviennent : physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels (habitude et hygiène de vie), religieux (valeurs, interdits), éthiques et légaux.

Le patient diabétique musulman est d'abord une personne souffrant d'une **maladie chronique**, elle est pour la plupart du temps **migrante**, de **culture musulmane**, donc elle pratique éventuellement le jeûne en période du ramadan. Ce patient doit en principe recevoir un traitement qui tient compte de ses **besoins spécifiques**.

Compte tenu de toutes ces données et de telles expériences de vie qui pourraient s'observer chez un tel patient, la question que je me pose est la suivante :

« Est-il possible de procurer des soins de qualité à un patient quand il est difficile d'évaluer ses besoins ? »

On ne peut soigner un homme contre son gré, dans l'indifférence de ce qui fait le sens de sa vie.

Rosemarie Parse présente une théorie de l'humain en devenir²¹ où la personne est un tout indivisible. Selon elle, l'infirmière est celle qui accompagne la personne dans la recherche du sens de l'expérience vécue. Ainsi Parse suggère à l'infirmière d'harmoniser son rythme à celui de la personne de façon à l'aider à identifier ou à percevoir de nouvelles possibilités à travers cette expérience, qu'elle nomme co-transcendance, et dans ce but, de favoriser une **qualité de vie**.

Dans le même sens, les théoriciennes de l'école du caring²² dans cet esprit d'humain unitaire qu'elles nomment de « corps âme et esprit », pensent que le rôle de l'infirmière consiste à accompagner la personne dans sa quête de sens afin de promouvoir une harmonie corps âme et esprit. Le caring se veut tributaire de la **qualité des soins** et contribue à promouvoir la dignité humaine.

²¹ KEROUAC S., La pensée infirmière, *Conception et stratégie*, Editions Maloine, 1994, Chp.2, P 40, 162p

²² Ibidem, p 41

Pour aller plus loin, Madeleine Leininger, dans la théorie de soins infirmiers transculturels²³, affirme que pour être efficaces, les soins infirmiers doivent être acceptables, congruents, et en harmonie avec la culture du récipiendaire. L'étude des aspects culturels devient donc indispensable.

Evaluer les besoins spécifiques d'un patient c'est tenir compte de toutes les sphères (biologique, psychologique, sociale, culturelle et spirituelle) lors de la prise en charge de ce patient. Qu'en est-il des patients diabétiques musulmans pratiquants en Valais ? Les infirmières cliniciennes les prenant en charge ont-elles toutes les ressources pour faire comme Parse, c'est-à-dire « harmoniser leur rythme à celui du patient ? »

J'ai eu des entretiens exploratoires avec des infirmières exerçant dans différents milieux en Valais qui ont souligné pour la plupart qu'elles n'avaient jamais été confrontées à cette problématique. Une infirmière m'a affirmé que soigner un patient diabétique musulman pratiquant n'était pas différent d'un soin donné à un non musulman ; la pathologie du diabète reste la même. Celle-ci a souligné l'incompatibilité qu'il peut y avoir entre le jeûne du ramadan et le diabète, vu le dérèglement de l'équilibre alimentaire que le jeûne pouvait entraîner sur le diabète qui est déjà en lui-même difficile à équilibrer.

Après ces entretiens exploratoires, je me suis intéressée aux publications scientifiques traitant de la prise en charge des patients diabétiques musulmans pratiquants.

Ensuite, je me suis tournée vers un centre plus spécialisé : le service de la PMU²⁴, division rattachée au CHUV à Lausanne, où j'ai effectué un stage de deux semaines avec des cliniciennes spécialisées en diabétologie.

Toutes ces informations et observations ainsi que le stage effectué en diabétologie à la PMU m'ont permis de mettre en évidence qu'il existe:

« Une difficulté dans la prise en charge des patients musulmans diabétiques par les infirmières en Valais ».

1.2.2. FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

²³ LEININGER.M . les soins infirmiers transculturels.*Soins infirmiers*, 1995,n° 1,pp.60-61

²⁴ Polyclinique Médicale Universitaire

Pour affiner le thème de mon travail, j'ai réfléchi à une question de recherche pour les infirmières cliniciennes en diabétologie valaisannes. Il s'agit de trouver le détail précis qui me permettra d'orienter ma recherche, de déduire des hypothèses et ainsi formuler les questions destinées à ces infirmières.

Afin de valider ce constat et d'en identifier les causes, je ferai une enquête sous forme d'entretiens semi- directifs auprès des infirmières cliniciennes valaisannes. Le but de cette enquête sera de m'éclairer sur ma question de recherche qui est la suivante :

« Quelles sont les compétences nécessaires aux infirmières cliniciennes valaisannes à la prise en charge d'un patient diabétique musulman pratiquant ? »

1.2.3. HYPOTHÈSE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.2.3.1. HYPOTHÈSE

La plupart des infirmières cliniciennes en Valais utilisent peu ou pas du tout l'approche culturelle pour les patients diabétiques musulmans pratiquants lors de leurs interventions professionnelles. Celles-ci sont peu confrontées à cette problématique, ont leurs propres représentations sur l'approche culturelle, méconnaissent les rites et pratiques religieuses et culturels des Musulmans, ont peu de ressources ou n'utilisent pas de façon adéquate les ressources disponibles.

Soigner le patient **diabétique** dans toutes ses dimensions²⁵, en tenant compte d'une **approche** culturelle et spirituelle, peut augmenter la **qualité des soins** et influencer favorablement l'**observance** du patient. Cela lui permettra d'être « **partenaire de soins** », il pourra donc donner son **consentement éclairé** sur les soins proposés, construire un **projet adapté** à son état, ses croyances, son savoir et son mode de vie. Ce processus implique de la part du soignant des **connaissances** et des **compétences particulières**.

Tout cela me permet d'aboutir aux objectifs d'apprentissage suivants :

²⁵ Les dimensions de l'homme que je considère: bio-psycho-socio- culturel-spirituel

1.2.3.2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

A travers ce travail de recherche et d'analyse, j'aimerais *définir* le rôle d'une infirmière clinicienne spécialisée en diabétologie.

Ensuite, *j'identifierai* les **facteurs culturels** qui font obstacle à la prise en charge du patient musulman pratiquant en Valais ainsi que les **problèmes qui découlent de ces obstacles**.

J'analyserai les ressources et les besoins des infirmières cliniciennes en diabétologie en matière d'accompagnement des patients dans leurs autosoins thérapeutiques.

A l'aide de cette analyse, *je mettrai en relief* les **compétences nécessaires** aux infirmières cliniciennes pour la prise en charge de patients diabétiques musulmans en Valais.

Les résultats de l'analyse pourront être insérés dans un **manuel à l'usage des soignants** valaisans.

2EME PARTIE : CADRE DE REFERENCE

2.1. L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE EN DIABÉTOLOGIE

L'infirmière en diabétologie doit posséder d'excellentes connaissances théoriques sur le diabète pour apprendre au patient et à son entourage à mieux gérer la maladie, le traitement et les symptômes ainsi que la prévention des nombreuses complications associées au diabète.

2.1.1. THÉORIE SUR LE DIABÈTE

Par conséquent, j'ai voulu avant tout, faire un rappel théorique sur le diabète car ce concept clé est à la base de la pratique infirmière clinicienne.

2.1.1.1. EPIDÉMIOLOGIE

D'après l'office fédérale de la santé publique, en Suisse on compte 35'405 cas de personnes diabétiques âgées de 55 ans et plus en Suisse²⁶.

2.1.1.2. DÉFINITION DU DIABÈTE²⁷

La définition du diabète est fondée sur le seuil glycémique à risque de microangiopathie en particulier de rétinopathie. Le diabète se définit par une hyperglycémie chronique, soit une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) à deux reprises. Cette définition repose en fait sur plusieurs études épidémiologiques prospectives qui ont montré de façon convergente que lorsque la glycémie à la deuxième heure de l'hyperglycémie provoquée par voie orale

²⁶ OFFICE FEDERALE DE LA STATISTIQUE « Enquête Suisse sur la santé 2007 » recensement fédéral de la population 2000». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.118330.pdf> (page consultée le 08 du 04 2008)

²⁷ FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE « Diabétologie » ». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.1.html>

(HGPO) est supérieure ou égale à 2 g/l, il existe un risque de survenue, dans les 10 à 15 ans suivants, d'une rétinopathie diabétique.

Nouvelle définition du diabète :

Glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) à deux reprises

Ou

Glycémie supérieure à 2 g/l (11,1 mmol/l) à n'importe quel moment de la journée

2.1.1.3. PHYSIOPATHOLOGIE DU DIABÈTE DE TYPE1²⁸

Le diabète de type 1 est dû à une destruction auto-immune des cellules insulino-sécrétrices dites cellules B. L'hyperglycémie apparaît lorsqu'il ne reste plus que 10 à 20 % de cellules B fonctionnelles. Le processus auto-immun responsable d'une « insulite » pancréatique se déroule sur de nombreuses années (5 à 10 ans voire plus, avant l'apparition du diabète). Cette réaction auto-immune survient sur un terrain de susceptibilité génétique à la suite de facteurs déclenchants et peut être dépistée avant l'apparition de l'hyperglycémie par des dosages sanguins d'auto-anticorps.

2.1.1.4. PHYSIOPATHOLOGIE DU DIABÈTE DE TYPE2

Le diabète non insulino-dépendant ou diabète de type 2 résulte de la conjonction de plusieurs gènes de susceptibilité, dont l'expression dépend de facteurs d'environnement, au premier rang desquelles, la consommation excessive de graisses saturées et de sucres rapides, et la sédentarité.

L'insulino-déficience responsable de l'hyperglycémie du diabète de type 2 est précédée par 10 ou 20 ans, d'hypersécrétion insulinique (hyperinsulinisme) secondaire à une insulino-résistance des tissus périphériques. L'anomalie métabolique fondamentale qui précède le DNID est l'**insulinorésistance**.

²⁸ Ibidem

Cette insulino-résistance survient sur un **terrain génétique** puisqu'on la retrouve chez les enfants ayant une tolérance glucidique strictement normale mais ayant deux parents diabétiques non insulino-dépendants. Toutefois, on ne connaît pas encore les gènes impliqués. **le stockage et l'utilisation du glucose sont diminués au niveau musculaire alors qu'au niveau hépatique, il y a une stimulation de la néoglucogénèse.** Tout ceci concourt à augmenter la glycémie.

Les principaux facteurs cliniques d'insulino-résistance sont :

L'obésité, appréciée par l'index de poids corporel (poids en kilos sur carré de la taille en mètre). L'obésité est définie par un index supérieur à 30.

La **sédentarité**, multiplie le risque de diabète par 2.

Un **facteur génétique** : l'insulino-résistance pourrait s'expliquer par une augmentation des fibres musculaires à contraction rapide plus insulino-résistantes que les fibres à contraction lente.

L'âge : le sujet âgé cumule plusieurs facteurs d'insulino-résistance.

L'hypertension artérielle essentielle, l'augmentation des triglycérides et la baisse du HDL cholestérol, apparaissent comme des conséquences de l'insulino-résistance, ce qui rendrait compte de la fréquence de leur association avec le diabète de type 2..

Quoi qu'il en soit, la **prédisposition héréditaire est importante dans le diabète de type 2** : lorsque l'un des parents est diabétique, le risque pour les enfants est de 30 %, lorsque les deux parents sont diabétiques, le risque est d'environ 50 %. Ceci a des implications en terme de santé publique, mais aussi pour le médecin traitant qui doit se préoccuper de la prévention de la maladie chez les enfants et les petits enfants des diabétiques en leur prodiguant des conseils diététiques visant à réduire ou prévenir la surcharge pondérale, et surtout en les encourageant à avoir une activité physique.

2.1.1.5. LES COMPLICATIONS MÉTABOLIQUES DU DIABÈTE²⁹

2.1.1.5.1. L'hypoglycémie

En pratique, on parle d'hypoglycémie lorsqu'un individu a conjointement des symptômes et une glycémie basse. La limite qu'on retient pour définir l'hypoglycémie est habituellement de

²⁹ FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE « Diabétologie » ». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.1.html>

0,45 gramme/ litre, sauf chez le diabétique ou l'on retient comme limite une glycémie à 0,60 gramme/litre. Les **symptômes de l'hypoglycémie** sont peu spécifiques. Multiples ils se divisent en symptômes témoignant du mauvais fonctionnement du cerveau (la neuroglucopénie) et ceux de la réaction de l'organisme à l'hypoglycémie, essentiellement la sécrétion de catécholamines (adrénaline et noradrénaline), c'est la réaction neurovégétative. Les signes de neuroglucopénie sont toujours brutaux, ils témoignent du dysfonctionnement de l'ensemble ou d'une partie du cerveau: trouble brutal du comportement (colère, comportement inadapté), perte de la capacité à exécuter une tâche, un raisonnement, trouble subit de la vue de la parole, de la marche, au maximum perte de connaissance, crise d'épilepsie, coma. Les signes de la réaction neurovégétative sont ceux de la sécrétion brutale d'adrénaline, un moyen qu'utilise l'organisme dans les situations de danger imminent : sueurs, palpitations, tremblements, tachycardie, pâleur, etc.

2.1.1.5.2. Acidose lactique

Elle se définit par un taux de lactate sanguin supérieur à 7 mmol par litre et une acidité (pH) dosé dans le sang, circulant dans une artère, inférieure à 7,25 mmol par litre. Autrement dit, il s'agit d'une forme particulière d'acidose (acidité trop élevée du sang) due à l'accumulation d'une quantité trop importante d'acide lactique dans le sang.

L'acide lactique provient d'une diminution des quantités d'oxygène dont dispose l'organisme. C'est le catabolisme anaérobie du glucose, survenant de façon physiologique dans les tissus. À jeun, l'acide lactique est retransformé en glucose (sucre) dans la glande hépatique (le foie) et les reins, on parle alors de néoglycogénèse.

2.1.1.5.3. Acidose diabétique

Le diabète se caractérise par un manque ou une mauvaise utilisation de l'insuline dans le sang, suite à un déficit de fabrication de cette hormone par le pancréas. Cette maladie débute brutalement, et si elle n'est pas traitée, elle aboutit à une acidose diabétique encore appelée acidocétose.

L'acidocétose est une élévation excessive de l'acidité du sang due à une accumulation d'éléments appelés corps cétoniques. L'acidocétose s'observe quand des individus restent une longue période sans s'alimenter. Elle est observée également en cas de vomissements importants et prolongés. Dans le cas du diabète insulino-dépendant, c'est-à-dire que le malade

nécessite de l'insuline pour rééquilibrer son diabète, l'acidocétose correspond à une complication du diabète sucré qui se caractérise par le fait que le glucose (sucre) ne rentre pas ou mal dans les cellules où il est nécessaire. Les cellules vont devoir utiliser d'autres constituants comme combustible pour fonctionner. Elles s'orientent alors vers les acides gras, qui sont les éléments de base des corps gras contenus dans le sang, mais dont la dégradation va entraîner la formation d'autres éléments chimiques qui vont alors s'accumuler dans le sang : les corps cétoniques.

L'acidocétose est due à une insulino-pénie importante, c'est-à-dire une forte baisse de la quantité d'insuline (qui a pour rôle de faire baisser le taux de sucre dans le sang). Ceci entraîne une élévation du taux de sucre dans les urines et la présence de sucre dans les urines (glycosurie) provoque une diurèse osmotique (augmentation de la quantité d'eau dans l'urine) entraînant du même coup une quantité importante de sodium (sel) provenant du sang. Cette perte d'eau pour l'organisme est à l'origine de ce que l'on appelle une hyperosmolarité extracellulaire (augmentation de la concentration en dehors des cellules qui constituent l'organisme). Ceci attire l'eau de l'intérieur des cellules vers l'extérieur et est responsable d'un degré variable de déshydratation de la cellule et secondairement d'une hypovolémie (diminution de la quantité de sang circulant). Parallèlement, on constate une perte importante de potassium également due au catabolisme cellulaire (destruction des cellules) et au fait que les reins laissent passer (fuir) du potassium (fuite rénale). Toute la difficulté consiste à cerner avec précision le degré de gravité de l'acidocétose. En effet, la plupart des signes cliniques de cette pathologie sont secondaires aux conséquences de la déshydratation (perte de liquide par l'organisme) et de l'acidose (élévation de l'acidité dans le sang). C'est avant tout le degré de perte de conscience, la déshydratation et l'existence d'une polypnée (accélération de la respiration) qui signent la gravité. Cette appréciation ne peut se faire que par un médecin.

2.1.1.5.4. Coma hyperosmolaire

Le coma hyper-osmolaire est l'aboutissement d'un processus auto-entretenu : l'hyperglycémie initiale est responsable d'une polyurie dite « osmotique ». Cette polyurie non ou insuffisamment compensée par les apports hydriques, entraîne une hypovolémie. Cette hypovolémie induit une insuffisance rénale fonctionnelle provoquant une rétention sodée, et une élévation importante du seuil rénal du glucose. La glycémie s'élève fortement. La polyurie n'est plus alors « vraiment osmotique ». Elle persiste jusqu'à ce que la chute de la perfusion rénale entraîne une oligo-anurie.

Les hormones de la contre-régulation en particulier le Glucagon, sont augmentées. C'est pourquoi la néoglucogénèse hépatique est un déterminant majeur de l'hyperglycémie.

2.1.1.6. LES COMPLICATIONS CHRONIQUES DU DIABÈTE³⁰

2.1.1.6.1. La neuropathie diabétique

Les facteurs déterminant la survenue de la neuropathie diabétique sont d'abord **l'équilibre glycémique** et la **durée du diabète**.

Parmi les formes cliniques, on distingue en effet :

les mononeuropathies

Elles ne représentent que **10 à 15 %** des neuropathies diabétiques : leur début est brutal, faisant suspecter une pathologie ischémique, mais parfois il s'agit seulement de la compression radiculaire ou tronculaire d'un nerf « fragilisé par le diabète ». Ces mononeuropathies se traduisent essentiellement par des signes moteurs déficitaires, des douleurs évocatrices par leur exacerbation nocturne.

Le pronostic des mononeuropathies est en général excellent ou bon quelle que soit la nature du traitement, et ce en quelques mois. On se contente en général d'une équilibration parfaite du diabète et d'un traitement symptomatique de la douleur quand cela est nécessaire, d'une prescription d'anti-plaquettaires type ASPIRINE à faibles doses s'il n'y a pas de contre-indication.

les polyneuropathies diabétiques

Elles sont beaucoup plus fréquentes, puisqu'elles représentent **80 à 85 %** des neuropathies diabétiques.

Les manifestations subjectives sont de deux ordres :

les douleurs sont fréquentes, volontiers exacerbées la nuit, parfois intolérables avec sensation d'écrasement ou de brûlures, continues ou fulgurantes.

plus souvent, il s'agit de paresthésies et de dysesthésies (fourmillements, démangeaisons, sensation de froid ou de chaud...)

³⁰ Ibidem

La neuropathie végétative.

La neuropathie végétative comporte:

des manifestations cardio-vasculaires et sudorales

On peut dépister précocement une *dénervation cardiaque* parasympathique par l'étude des variations de la fréquence cardiaque lors de la respiration profonde, lors de la manoeuvre de Valsalva et lors du passage de la position couchée à la position debout. Surtout, elles pourraient comporter, selon certains auteurs, un risque de mort subite, justifiant une surveillance particulière de ces diabétiques lors d'une anesthésie générale ou d'une hypoxie respiratoire.

Des manifestations uro-génitales

L'éjaculation rétrograde.

L'impuissance atteindrait 30 % des diabétiques. Enfin, l'impuissance peut être aggravée par de nombreux médicaments, dont pratiquement tous les anti-hypertenseurs, les fibrates, les diurétiques, les β bloquants, les médicaments à visée neuropsychique. Il importe d'insister sur le caractère souvent multi-factoriel de l'impuissance chez le diabétique, avec fréquemment une composante psychologique.

2.1.1.6.2. La néphropathie diabétique³¹

La néphropathie diabétique est responsable d'environ 30% des malades pris en charge dans le programme d'insuffisance rénale terminale.

Physiopathologie :

L'hyperglycémie provoque une dilatation des capillaires glomérulaires responsable d'un débit sanguin excessif avec ultrafiltration à travers la membrane basale. Il en résulte une augmentation de la filtration glomérulaire et un passage de l'albumine vers l'urine primitive. Il s'en suit un étouffement du glomérule par vasoconstriction postglomérulaire, diminution des glomérules fonctionnels, charge accrue pour les unités restantes et augmentation du passage de l'albumine avec d'abord une microalbuminurie, puis une protéinurie qui s'accompagne d'une élévation de la tension et d'une baisse de l'ultrafiltration.

Traitement :

Meilleure contrôle possible de la glycémie

Normalisation de la tension artérielle

³¹SCHOEPF.Chris. Prévention et complication du diabète à long terme. *Cours DIM22 promotion HES04*, février 2005

2.1.1.6.3. Macroangiopathie

Ce terme définit les lésions des grosses et moyennes artères. La macroangiopathie est le plus important facteur de mortalité des diabétiques. Coronarite, infarctus du myocarde, artérite des membres inférieurs et hypertension artérielle sont plus fréquents chez les diabétiques. Deux facteurs se combinent : l'atteinte artérielle par artériosclérose et l'hypertension artérielle.

2.1.1.6.4. Le pied diabétique

C'est la principale cause d'infirmité chez le patient diabétique. C'est aussi une des complications les plus coûteuses en temps d'hospitalisation et en incapacité professionnelle.

Ces atteintes sont liées à deux groupes de causes :

En rapport avec le diabète lui-même : l'atteinte vasculaire, l'atteinte nerveuse et l'infection.

En rapport avec l'environnement : le mode de vie, l'hygiène et surtout l'hygiène locale traduite par des soins appropriés aux pieds, le choix des chaussures, des chaussettes etc.....

L'évolution des lésions peut être extrêmement rapide, raison pour laquelle lors de chaque consultation de routine, il faut examiner les pieds du patient diabétique.

On distingue des causes internes et des causes externes.

- **Causes internes**

- Atteinte vasculaire

La macroangiopathie, la microangiopathie, atteinte des capillaires en particulier responsable de la fragilisation cutanée.

- Atteinte neurologique

L'atteinte autonome entraîne une diminution de la sudation et favorise l'apparition des fissures de crevasses.

- Les troubles sensitifs

Ils engagent la sensibilité superficielle (tactile, thermique et douloureuse) et profonde (sens de position des orteils, perturbation des mouvements)

- L'atteinte ostéoarticulaire

Elle s'associe à une atteinte musculaire pour entraîner une redistribution des points d'appui du pied.

- Les déformations du pied

Elles sont particulièrement dangereuses, le pied creux et l'avant-pied plat provoque le développement de maux perforants plantaires aux points d'appuis anormaux de l'avant pied.

➤ L'infection

Elle est favorisée par la neuropathie. Le trouble circulatoire diminue le débit sanguin, il affecte aussi non seulement les réactions de défense mais aussi l'arrivée des antibiotiques. A son tour l'infection retentit sur les lésions du pied pour retarder la circulation voire même pour les aggraver.

- **Causes externes**

➤ La chaussure

La chaussure est responsable d'un nombre important de lésions, parce qu'elle est trop serrée, d'une cambrure inadaptée ou porteuse de points de frictions internes (coutures par exemple...).Le pied doit être chaussé de souliers larges, changés fréquemment pour éviter la macération.

➤ L'hygiène

Le pied doit être propre, lavé tous les jours avec un savon non irritant, tenu au sec, les ongles coupés courts.

Les signes de lésion du pied sont les suivants :

Une peau très sèche et fréquemment hyperkeratosique, surtout au niveau du talon.

Des fissures souvent à la face plantaire ou au bord externe du talon, douloureuses et suintantes

Des ampoules surtout au niveau des points d'appui antérieurs du pied qui font craindre la survenue d'un mal perforant.

Des irritation distales par frottement (ongle incarné, chaussure serrée, pédicure agressive) qui se voient surtout sur les phalanges distales.

- **Le pied diabétique vasculaire :**

Cliniquement le pied est froid, pâle et parfois cyanosé, les battements des artères pédieuses sont abolis, des lésions nécrotiques se développent aux endroits où le pied est le moins vascularisé. Lorsque la chirurgie vasculaire est possible le pronostic est souvent favorable. Dans le cas contraire, la gangrène ischémique est à redouter avec amputation comme seule solution.

2.1.1.6.5. La rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique constitue une des complications majeures du diabète par sa fréquence et sa gravité potentielle. D'autres complications peuvent être possibles : atteinte du cristallin (cataracte), de l'iris, glaucome. Seul le bon contrôle des glycémies est capable d'empêcher ou de retarder l'apparition de la rétinopathie.

Physiopathologie :

Plusieurs facteurs s'associent en effet pour provoquer une ischémie rétinienne.

- Hyperperméabilité capillaire et apparition d'œdèmes, microhémorragies et exsudats.
- Vasodilatation chronique avec altération des parois vasculaires : épaissement des membranes basales des vaisseaux, prolifération de cellules endothéliales.
- Anomalie des constituants du plasma : globules rouges se disposent en rouleaux, les plaquettes sont hyperagrégables, augmentation de la viscosité plasmatique.

Diagnostic :

- Le patient diabétique se plaint de baisse de l'acuité visuelle
- Des perceptions anormales de brouillard, de fumée, de tache rouge dans le champ visuel peuvent témoigner d'hémorragie.

Traitement :

- Il est surtout préventif et associé : le meilleur contrôle glycémique possible, la normalisation de la tension artérielle, les antiagrégants plaquettaires qui semblent avoir une action favorable.

*2.1.1.7. TRAITEMENT DU DIABÈTE DE TYPE I*³²

2.1.1.7.1. L'insuline commerciale et conservation

L'insuline, hormone sécrétée par le pancréas, a été utilisée pour la première fois comme médicament hypoglycémiant par Frédéric Banting et Charles Best en 1923 au Canada. Elle est qualifiée d'hypoglycémiant parce qu'elle diminue le taux de glucose (sucre simple) dans le sang (glycémie). Son insuffisance de fabrication provoque le diabète.

Substance assez résistante, mais qui reste un produit biologique dont la qualité peut se dégrader dans le temps ou du fait d'une forte chaleur ou du froid, quelle que soit sa forme (flacon, cartouches, stylos injecteurs d'insuline, pompes).

L'insuline non entamée doit être conservée au réfrigérateur de préférence dans le bac à légumes, mais en aucun cas dans un congélateur. Une température inférieure à 0°C détruirait de façon irréversible ses propriétés hypoglycémiantes.

Entamée, elle peut être conservée à température ambiante plusieurs semaines, mais ne doit jamais être mise en contact avec des températures inférieures à 0°C. Par ailleurs, des températures supérieures à 30°C ou une exposition à la lumière peuvent en réduire l'efficacité.

- **Deux grands types d'insuline :**

L'insuline humaine, qui possède la même structure que l'insuline produite par un pancréas humain.

L'insuline analogue dont on a modifié sa structure afin de changer sa vitesse et sa durée d'action.

- **Quatre catégories principales :**

L'insuline Ultra Rapide. Elle agit très rapidement, environ 5 à 10 minutes après son injection et atteint son pic d'action environ 1H à 1H30 après son injection. Elle doit être injectée au plus près du moment du repas voire même juste après le repas. Injectée trop tôt

³² Ibidem

avant le repas, elle risque d'engendrer une hypoglycémie. Sa durée d'action est d'environ 5 heures.

L'insuline rapide. Elle doit être administrée 30 minutes avant les repas et son entrée en action se situe environ 30 minutes après son injection. Son pic d'action se situe environ 2H après le repas. Sa durée d'action est plus longue que l'insuline précédente et avoisine généralement 6H à 8H.

L'insuline intermédiaire ou insuline lente. Appelée également NPH, elle est d'aspect laiteux contrairement aux insulines précitées qui sont parfaitement limpides. Elle entre en action entre 1H et 3H après l'injection. Son pic d'action se situe entre la 6ème et la 12ème heure. Elle agit environ durant 24 heures avec une forte décroissance d'action dans les 4 dernières heures.

L'insuline Ultra Lente qui entre en action approximativement 4H après son injection. Elle agit environ durant une vingtaine d'heures avec un pic d'action nettement moins élevé que l'insuline NPH. Il s'agit aussi d'une substance trouble.

Aux catégories précitées, nous pouvons ajouter les insulines à action bi phasique, aussi appelées « insulines mixtes ». Ces dernières sont un mélange d'insuline rapide et d'insuline retard. Soit le diabétique effectue lui même le mélange, soit il utilise des mélanges prêts à l'emploi selon des proportions différentes (10/90, 20/80, 30/70, 40/60 et 50/50 %)

Les moyens d'injection de l'insuline :

Les Stylos à Insuline. Ils offrent le très net avantage d'injecter l'insuline d'une façon discrète et sûre. Certains modèles utilisent des cartouches remplaçables, d'autres sont jetables.

Les seringues. Elles sont généralement utilisées par les personnes traitant leur diabète avec des mélanges d'insuline.

Les pompes à insulines. Certains patients diabétiques sont traités au moyen d'une pompe à insuline.

- **Les sites d'injection de l'insuline :**

Ils se situent aux mêmes endroits selon que l'on injecte au moyen d'une seringue ou d'un stylo injecteur. Pour les personnes traitées au moyen d'une pompe à insuline, les sites d'injections sont moins nombreux. Il faut tenir compte du lieu d'injection car il influence la vitesse d'absorption de l'insuline.

D'une manière générale, l'abdomen est le site où l'absorption est plus rapide. Suivent alors respectivement les bras et les cuisses. Il est recommandé de varier le plus souvent possible les sites d'injection afin d'éviter l'apparition disgracieuse des lipodystrophies.

2.1.1.7.2. L'insulinothérapie

2.1.1.8. TRAITEMENT DU DIABÈTE DE TYPE 2

Le traitement du diabète de type 2, comporte de l'activité physique, les principes diététiques et les antidiabétiques oraux.

La prise en charge thérapeutique du diabète de type 2 doit :

- Etre précoce
- Etre globale
- Viser à normaliser la glycémie et à corriger l'ensemble des facteurs de risque
- Etre adaptée à chaque patient en étant modulée selon l'âge physiologique, les comorbidités, la sévérité et l'ancienneté du diabète
- S'appuyer sur la participation active du patient (mesures d'hygiène de vie, arrêt du tabac, exercice physique, prise en charge pondérale, observance médicamenteuse)
- faire appel à la complémentarité des différents professionnels de santé

2.1.1.8.1. Les objectifs du traitement³³

La **prévention** et le **traitement** de la microangiopathie et de la macroangiopathie diabétiques reposent sur :

- Des mesures hygiénodiététiques, l'exercice physique, une perte de poids
- La recherche de la normalisation glycémique définie par une hémoglobine glyquée

³³ FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE « Diabétologie » ». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.1.html>

(HbA1c) inférieure à 6,5 % (pour une norme du sujet sain allant jusqu' à 5,5 ou 6 %)

- Une prise en charge précoce et stricte des cofacteurs de risque :
- Pression Artérielle < 130 /80 mmHg
- Lipides : cibles pour le LDL-cholestérol graduées selon un niveau de risque cardiovasculaire, croissant.
- Arrêt du tabac

2.1.1.8.2. La prévention des complications

Une coordination de la prise en charge, par différents protagonistes médecins, (généraliste, diabétologue, néphrologue, ophtalmologue, cardiologue, voire chirurgien cardiaque ou vasculaire), sera un plus pour une prévention efficace afin d'éviter les complications suivantes :

La néphropathie diabétique

La surveillance rénale du diabète de type 2 repose sur la recherche d'une microalbuminurie et le dosage de la créatinine.

La prévention de la microangiopathie rénale reposent sur :

- Un équilibre glycémique strict
- Un contrôle de la tension artérielle
- L'abaissement de l'albuminurie, quelle que soit son abondance, est un objectif thérapeutique.

La rétinopathie diabétique

Un examen annuel « fond d'œil », est recommandée chez tout patient diabétique de type2 pour permettre le diagnostic précoce de la rétinopathie, et d'évaluer son évolution.

Le patient diabétique vasculaire

La meilleure prévention est une coordination des différents protagonistes.

2.1.1.8.3. Les principes diététiques³⁴

Afin de faciliter l'application de ces principes dans leur vie quotidienne, les patients bénéficient d'une démarche éducative structurée qui repose sur l'établissement d'un diagnostic éducatif et d'un contrat éducatif réalisé avec une équipe associant les compétences en diabétologie, diététique et psychologique si besoin.

- Favoriser les sucres lents moins hyperglycémiant
- Faire au moins trois repas par jour et arrêter tout grignotage entre les repas
- Utiliser les matières grasses d'origine végétales riches en acide gras mono insaturés (olive arachide colza).
- Eviter d'associer plusieurs aliments gras dans un même repas.
- Réduire les graisses d'origine animale
- Favoriser les modes de cuisson sans graisse (vapeur)
- Augmenter la fréquence de consommation de poisson. Préférer les viandes maigres.
- Manger suffisamment de glucides.
- Manger des aliments riches en fibre
- La consommation d'alcool considérée comme acceptable est de l'ordre de deux verres de vin par jour .Elle doit se faire au cours des repas.

2.1.1.8.4. L'activité physique

L'exercice physique est aussi important pour le traitement du diabète non insulino-dépendant que l'équilibre alimentaire.

Arguments de physiopathologie

Le tissu musculaire est quantitativement le tissu le plus important pour le métabolisme du glucose. En effet, les muscles oxydent et stockent environ 70 % des glucides ingérés. Le tissu musculaire est le siège d'une compétition de substrats énergétiques entre acides gras libres et glucose, qui se fait physiologiquement au détriment du glucose. Ce déséquilibre compétitif est

³⁴ MAUNAND.Bernard. Diabeto. *L'infirmière en diabétologie*, Paris : Edition Lamarre,2002. 211p, (collection dirigée par Martine Schachtel)

en fait corrigé au cours de l'exercice physique où le glucose devient un carburant indispensable.

L'augmentation du transport intramusculaire du glucose persiste 12 à 24 heures après un effort suffisamment intense.

Arguments cliniques

Les motifs cliniques sont au nombre de quatre :

L'activité physique a une action hypoglycémisante nette et donc évaluable par le malade lui-même grâce à la mesure de la glycémie capillaire avant effort et 1 à 2 heures après effort, pour un effort soutenu d'au moins 30 minutes.

La prescription de l'activité physique permet de « rompre » avec l'obsession calorique en orientant le malade vers une prise en charge plus globale de la santé. Mais cela suppose une réappropriation du corps obèse et/ou vieilli, souvent rejeté par le malade.

L'activité physique a un bénéfice psychologique. Elle peut être le moyen de retrouver un plaisir corporel oublié ou négligé. Elle peut être l'occasion de sortir d'un processus d'isolement et de résignation grâce au développement d'activités collectives plus ou moins ludiques. Globalement, l'activité physique a un effet antidépresseur.

Les activités d'endurance ont de plus une action bénéfique sur l'ensemble des paramètres du syndrome d'insulino-résistance en particulier ses conséquences cardio-vasculaires (hypertension artérielle) et métaboliques (abaissement des triglycérides et augmentation du HDL cholestérol).

Les durées recommandées de l'effort ³⁵

Pour le jogging = 30 minutes

Pour le vélo = 1 heure

Pour la marche = 2 heures au moins tous les deux jours.

³⁵ NOVO NORDISK PHARMA S.A. *Informations pratiques pour diabétiques et proches*. 2^{ème} édition, Juin 2003

2.1.1.8.1. « Signes et symptôme de l'hyperglycémie »

L'hyperglycémie se définit par une glycémie plus grande que 7 mmol/L à jeun et de 11 mmol/L, une à deux heures après un repas. Elle se produit lorsque la quantité d'insuline dans le sang est insuffisante par rapport à la quantité de glucose dans le sang.

Chez certaines personnes, l'hyperglycémie peut passer inaperçue. Cependant, au-delà d'un certain seuil, une glycémie trop élevée peut conduire à l'apparition des symptômes suivants : Fatigue et somnolence, besoin fréquent d'uriner, soif intense, faim exagérée, amaigrissement, vision trouble, infections (organes génitaux et vessie), guérison lente des plaies, sécheresse de la peau et démangeaisons, irritabilité, présence de corps cétonique dans les urines, nausées, vomissements, douleurs abdominales, haleine fruitée ; confusion, tachypnée.

2.1.2. LES SOINS INFIRMIERS AU PATIENT DIABÉTIQUE³⁶

2.1.2.1. SOINS ET SURVEILLANCE DES PIEDS

Connaître les risques « du pied du diabétique »

Le diabétique présente des troubles de la sensibilité à la chaleur et au froid.

Il présente également une diminution de la sensation de douleur : il ne perçoit pas les traumatismes pouvant survenir sur le pied et peut se blesser sans s'en apercevoir

Il présente souvent une sécheresse de la peau provoquant des fissures pouvant être à l'origine d'infections

Des déformations des pieds entraînant des callosités peuvent survenir et être sources de blessures ultérieures.

Une lésion du pied négligée et insuffisamment prise en compte, peut malheureusement avoir des conséquences graves comme une amputation.

Soigner ses pieds et avoir une hygiène irréprochable

Les pieds, qui peuvent avoir perdu leur sensibilité, sont plus exposés aux blessures.

Soigner ses pieds, avoir une hygiène irréprochable, couper les ongles, avoir des chaussures confortables et consulter régulièrement un podologue limitent les risques de voir survenir des lésions du pied, très préjudiciables pour les diabétiques.³⁷

Laver chaque jour les pieds à l'eau tiède et au savon

Bien sécher et essuyer entre les orteils afin d'éviter l'apparition de mycose entre les doigts de pied pouvant provoquer une surinfection

Appliquer une crème hydratante si la peau des pieds est sèche

Poncer les durillons et les cors à la pierre-ponce par exemple.

³⁶ MAUNAND.Bernard. Diabeto. *L'infirmière en diabétologie*, Paris : Edition Lamarre,2002. 211p, (collection dirigée par Martine Schachtel)

³⁷ HOPITAL DE SIERRE .CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE DU VALAIS. Le diabète. *Guide pour le patient*, 2005

Ce qu'il faut éviter

- Eviter les ongles trop courts et de les couper trop vifs (il est conseillé de les limer)
- Ne pas utiliser un instrument tranchant pour les cors et durillons
- Eviter de prendre des bains de pieds prolongés
- Eviter de marcher pieds nus.

Les chaussettes

- Les changer tous les jours
- Eviter de porter des chaussettes neuves plus de 4 heures
- Choisir les chaussettes en coton ou en fibres naturelles
- Eviter les plis.

Les chaussures

Les acheter en fin de journée lorsque les pieds sont plus enflés

Plusieurs paires sont nécessaires pour varier les appuis et frottements

Passer la main dans les chaussures avant de les mettre afin de s'assurer de l'absence d'éléments pouvant être sources de traumatismes comme par exemple des cailloux.

Limiter les talons à 5 cm de hauteur

Mettre des chaussettes au cours de toutes les saisons, même l'été

Préférer les chaussures à lacets

Choisir des chaussures souples

Jeter les vieilles chaussures qui peuvent être sources de traumatisme et les jeter.

Attention aux chaussures neuves ou mal adaptées

Porter des chaussures qui auront été inspectées avant d'être portées.

Choisir des chaussures un peu plus grandes que la taille des pieds afin de ne pas être trop serrés

Avoir si possible, 2 à 3 paires de chaussures qu'il faut mettre en alternance.

- **Examiner les pieds tous les jours afin de repérer toute lésion³⁸**

Utiliser un miroir

Se faire aider

Vérifier l'absence de plaie, de durillons, de mycose ...

Consulter au moindre doute afin d'éviter gangrène et amputation

- **Une blessure du pied représente une véritable urgence nécessitant une consultation urgente**

Laver à l'eau et au savon de Marseille

Désinfecter la plaie

Consulter un médecin en urgence

Eviter l'appui du pied

Découper la chaussure si nécessaire

- **Evaluer l'efficacité de la surveillance des complications pouvant survenir au niveau des pieds**

Le patient diabétique doit consulter régulièrement une podologue, ou une infirmière, afin d'évaluer l'efficacité des soins des pieds.

³⁸ HOPITAL DE SIERRE .CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE DU VALAIS. Le diabète. *Guide pour le patient*, 2005

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Définition

L'éducation thérapeutique³⁹ est un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les soignants.

Critères de qualité

Des critères de qualité de l'éducation du patient sont proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Europe⁴⁰ dans son rapport sur l'éducation thérapeutique du patient. La version originale est en anglais. Ces critères sont les suivants :

- L'éducation thérapeutique du patient doit être un processus systémique d'apprentissage centré sur le patient.
- Elle doit prendre en compte d'une part les processus d'adaptation du patient à la maladie (coping), le sentiment de maîtrise (locus of control), les représentations de la santé et de la maladie, les aspects socioculturels, et d'autre part les besoins objectifs et subjectifs, exprimés ou non, des patients.
- Elle doit être intégrée au traitement et aux soins.
- Elle concerne la vie quotidienne du patient et son environnement psychosocial, et doit impliquer autant que possible la famille et l'entourage proche.
- C'est un processus continu, qui doit être adapté en permanence à l'évolution de la maladie et de l'état de santé, du patient et de sa vie; c'est une partie de la prise en charge au long cours.
- Elle doit être structurée, organisée et proposée systématiquement à tous les patients.
- Elle doit utiliser des méthodes et moyens variés d'éducation et d'apprentissage.

³⁹ SIMON.D et autres, *Education thérapeutique prévention et maladies chroniques* Edition Elsevier Masson SAS, Issy Les Moulineaux, Chp.1, 269p

⁴⁰ CENTRE D'ÉDUCATION DU PATIENT « Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm>

- Elle est multiprofessionnelle (toutes les catégories de soignants), et multidisciplinaire (approches de santé, de soins, et de sciences humaines), et nécessite un travail en réseau.
- Elle doit inclure l'évaluation du processus d'apprentissage et de ses effets.
- Elle est réalisée par des professionnels de santé formés à cet effet.

Stratégies et contenus de l'éducation thérapeutique du patient

La démarche éducative s'appuie sur l'établissement d'un **diagnostic éducatif, culturel et social**. Ce diagnostic doit permettre au professionnel :

- D'identifier les représentations du patient, ses croyances, ses attitudes et ses connaissances vis-à-vis de la maladie, de la physiologie concernée par la maladie, et du traitement.
- D'identifier le type de " gestion " ou " contrôle " qu'a le patient de sa maladie (ceci renvoie à la notion de Health Locus of Control) : soit un contrôle interne permettant une attitude active, soit un contrôle externe amenant une attitude passive. Il faut noter que ce type de gestion dépend fortement de certaines variables : homme ou femme, niveau socioculturel, insertion sociale, entourage familial.
- D'identifier son stade d'acceptation de la maladie, d'identifier et comprendre ses priorités
- La relation ne se limite pas au soignant et au patient, mais doit aussi intégrer autant que possible l'entourage familial. L'interaction avec les familles est indispensable s'il s'agit d'un enfant. Le support social revêt une importance majeure dans la gestion d'une maladie chronique.

Ce diagnostic permet également au patient de mieux se connaître et de savoir ce qu'il peut attendre de l'éducateur.

Les **contenus** de l'éducation sont d'ordre cognitifs (connaître la maladie, les traitements...), pratiques (mise en œuvre du traitement). Ils doivent également intégrer tout le savoir acquis sur le patient dans son contexte psycho-social.

Différents **niveaux d'éducation** peuvent être distingués.

Par exemple, deux ou trois niveaux sont actuellement définis pour la prise en charge éducative des patients diabétiques :

Un premier niveau " de survie, " comprend l'apprentissage des gestes élémentaires d'auto-soin

Un second niveau permet de développer une auto-prise en charge fine dans les différents domaines, de la diététique aux soins du pied.

Un troisième niveau, ayant pour objectif de répondre à des demandes des patients encore plus personnalisées (notamment l'exploration des difficultés spécifiques des patients en échec) est proposé à certains patients ayant déjà acquis les deux premiers niveaux.

Il faut viser l'autonomisation du patient, dans le cas où celle-ci est acceptable et bénéfique pour sa santé. Il est fondamental que cette autonomisation soit progressive et respectueuse des désirs et des capacités de la personne et de son environnement.

Une **complémentarité** éducation individuelle / éducation en groupe doit pouvoir être envisagée.

Comme pour toute éducation, il n'existe pas une **méthode pédagogique** universelle pour l'éducation des patients. La pédagogie de la santé emprunte à la plupart des méthodes connues dans les différents secteurs de l'éducation, mais aussi en crée régulièrement de nouvelles.

Globalement, le choix pédagogique est déterminé par quatre types de considérations :

- La catégorie d'âge du patient
- Les objectifs pédagogiques
- Le respect de certains principes fondamentaux de l'apprentissage
- Le contexte dans lequel s'effectue l'éducation.

Pour assurer le développement et améliorer les pratiques de l'éducation du patient, tant dans les activités quotidiennes de soins, que dans la formation ou la recherche, il est indispensable d'établir des **cadres théoriques**, des **référentiels clairs et explicites**. Il est indispensable de veiller à ce que :

chaque programme ou action ait explicitement identifié le modèle ou la théorie sur lesquels il se fonde,

les modèles choisis et utilisés correspondent à l'état actuel des connaissances scientifiques, les modèles soient congruents avec les principes éthiques sous-jacents à l'éducation thérapeutique.

Evaluation⁴¹

L'évaluation doit permettre de mesurer :

les **effets** à court, moyen et long terme : modification des savoirs et des savoir-faire, meilleure acceptation de la maladie, amélioration de la santé et de la qualité de vie - appréciées au moyen d'indicateurs subjectifs et objectifs.

le **processus et la qualité** de l'éducation du patient, la capacité du processus à générer certains effets : l'évaluation portera sur la formalisation et la visibilité des pratiques, les contenus éducatifs, les outils éducatifs, l'organisation, la faisabilité.

le **changement des pratiques**.

2.1.2.2. LES AUTOCONTRÔLES

Une personne diabétique doit savoir contrôler régulièrement sa glycémie sanguine⁴².

L'auto-mesure de la glycémie, le dosage du taux de sucre dans le sang par le diabétique, est un élément essentiel du traitement du diabète.

La mesure de la glycémie est un geste fondamental qu'un diabétique doit connaître parfaitement, qu'il soit ou non traité par l'insuline.

L'auto-contrôle glycémique est indispensable afin de permettre à la personne diabétique de prendre conscience de sa maladie.

Chaque diabétique devra respecter des règles, variables d'une personne à l'autre.

Mesurer soi-même sa glycémie est l'unique moyen de pouvoir réagir rapidement et de prendre des mesures urgentes afin d'éviter l'apparition et l'aggravation de certaines complications aux conséquences parfois tragiques.

Le seul moyen de connaître réellement son état est de contrôler le sucre dans le sang.

⁴¹ SIMON.D et autres, *Education thérapeutique prévention et maladies chroniques* Edition Elsevier Masson SAS, Issy Les Moulineaux, Chp.1, 269p

⁴² Ibidem

- **Pourquoi effectuer une surveillance régulière de la glycémie ?**

Cette surveillance permet :

- D'avoir des informations sur l'état de la glycémie entre deux prises de sang
- Elle permet aussi de vérifier l'influence des repas et de l'alimentation sur le niveau de la glycémie puis de modifier certaines pratiques alimentaires ayant une influence négative sur la glycémie.
- Surveiller l'influence de l'activité sportive sur la glycémie
- Pouvoir adapter son traitement, qu'il s'agisse de médicament anti diabétiques oraux ou d'injections d'insuline
- Prévenir l'apparition d'hypoglycémie ou d'acidocétose

- **Rythme des mesures de la surveillance de la glycémie**

Le rythme des contrôles glycémiques, leur fréquence ainsi que leurs horaires, est déterminé par le diabétologue.

Les heures le plus souvent conseillées pour effectuer ces contrôles sont :

Le matin à jeun

Le soir avant le dîner

Deux heures après le début du repas afin d'évaluer l'effet hyperglycémiant d'un aliment par exemple.

Dans le diabète non traité par insuline, il n'est en général pas nécessaire de mesurer sa glycémie tous les jours lorsqu'aucune anomalie n'est constatée, sauf si le médecin le conseille. Sensibiliser les diabétiques aux variations de la glycémie lors de la consommation de certains aliments ou lors de certaines activités physiques.

Débuter un nouveau traitement (antidiabétique oral ou insuline)

Une modification des dosages

Un déséquilibre du diabète

Une anomalie de la glycémie constatée lors d'un contrôle.

Apparition d'une autre maladie, d'une infection par exemple

Il semble néanmoins que de nombreux experts estiment qu'une surveillance plusieurs fois par jour soit nécessaire.

Chaque personne diabétique est différente et il n'existe pas de schéma type de surveillance valable pour tous les diabétiques. Seul le médecin prendra la décision du rythme.

- **Tenir un carnet d'auto-surveillance**

Il est indispensable de tenir un carnet d'auto surveillance afin de mieux surveiller l'évolution de la glycémie au cours : Des repas, des sorties, des écarts alimentaires, des loisirs, du sport, de certaines maladies.

2.1.2.3. L'ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE

Une alimentation équilibrée : l'alimentation doit tenir compte du poids du patient, de son activité physique, de ses habitudes alimentaires, de ses interdits (religieux ou autres) et de ses contraintes sociales ou professionnelles.

Une répartition des apports dans la journée : trois repas et deux collations

Une répartition des hydrates de carbones :

- Petit déjeuner : 20 %
- Collation de la matinée : 10 %
- Dejeuner : 30 %
- Gouter : 10%
- Diner : 30%

2.1.2.4. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique est un déterminant essentiel dans le traitement du diabète, car elle abaisse le taux de glucose dans le sang et réduit le risque de maladies cardiovasculaires. Elle diminue la glycémie en augmentant la consommation de glucose par les muscles et en stimulant l'utilisation de l'insuline. L'exercice agit également sur les lipides sanguins en augmentant les taux de lipoprotéines de haute densité (HDL) et en réduisant le taux de cholestérol.

2.1.2.5. PRISE EN CHARGE EN RÉSEAU

Le diabétique représente le patient type nécessitant une prise en charge multidisciplinaire car à terme il pourra connaître :

des complications micro-vasculaires (œil, rein, nerf...) plus spécifique de l'hyperglycémie, des complications macro-vasculaires (coronaires, membres inférieurs, carotides, reins...) liées à la fois à l'hyperglycémie, à l'hypertension artérielle, aux troubles lipidiques, au développement fréquent de lésions infectieuses.

La mise en place de réseaux répond à cette volonté d'améliorer la prise en charge du patient en assurant une meilleure continuité des soins, en installant un dialogue entre les différents partenaires, et en coordonnant les actions.

Le patient est au cœur du réseau. La multiplicité des intervenants médicaux, des soignants et autres professionnels dans la prise en charge à long terme du diabète justifie le développement de réseaux de soins organisés pour le patient et autour du patient.

L'objectif de ce réseau est de parvenir à une implication pratique et quotidienne de suivi, de surveillance et de traitement, par l'ensemble des professionnels : condition indispensable à une réelle amélioration des conditions de vie, physique, sociale, morale, et spirituelle du diabétique

2.1.2.6. INFORMATION AUPRÈS DE LA FAMILLE

Un autre rôle de l'infirmière est celui d'informer l'entourage du patient, voire améliorer leur connaissance sur le traitement, l'hygiène de vie, les complications du diabète, l'efficacité et la nécessité d'une bonne observance. La prise en compte de l'entourage du diabétique dans le projet thérapeutique est essentielle.

2.1.2.7. ENSEIGNEMENT SUR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

De plus, l'infirmière doit s'informer, par les formations continues et les congrès, sur les nouveautés en diabétologie afin de pouvoir les proposer au patient.

2.1.3. LES COMPÉTENCES DE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE EN DIABÉTOLOGIE

2.1.3.1. SA MISSION

Je n'ai pas pu avoir accès au cahier de charge de l'infirmière de la ligue Valaisanne du diabète. Selon une infirmière de l'association, il semblerait qu'il soit identique à celui de l'infirmière clinicienne en diabétologie de la PMU dont je me suis référée pour écrire ce chapitre⁴³.

2.1.3.1.1. Mission générale

La mission générale de l'infirmière clinicienne est de prodiguer des soins infirmiers spécialisés auprès des personnes diabétiques et leur famille dans le cadre de consultation individuelle en milieu hospitalier et ambulatoire.

Elle collabore avec une équipe interdisciplinaire, enseigne les principes et favorise l'apprentissage des moyens pour gérer le traitement du diabète à un groupe de patients dans le cadre de cours ambulatoires.

Elle apporte également un avis d'experte conseil aux professionnels de la santé lors des situations complexes dans le domaine des maladies chroniques.

⁴³ BLANCO Irma Polyclinique médicale Universitaire *document de description des fonctions de l'infirmière clinicienne*

Enfin elle définit et applique les programmes de mise à jour et de perfectionnement pour les professionnels de la santé et les étudiants en soins infirmiers dans le domaine de la diabétologie.

2.1.3.1.2. Délégation, compétences

Elle maîtrise l'évaluation des situations cliniques, sur la base des connaissances en sciences humaines et sciences biomédicales.

Guide et motive les professionnels de la santé dans l'acquisition d'habiletés et des connaissances spécifiques du diabète.

Développe des approches novatrices dans l'exercice du soin infirmier professionnel en diabétologie.

2.1.3.2. SES RESPONSABILITÉS PRINCIPALES

Activité principale

- **Consultation auprès des personnes diabétiques et leur famille**

L'infirmière clinicienne a le rôle de prodiguer des soins infirmiers spécialisés auprès des personnes diabétiques et leur famille. Elle évalue les besoins spécifiques, le degré d'autonomie de la personne soignée ou de sa famille selon l'évolution du problème de santé.

Elle développe et applique des moyens d'apprentissage et d'évaluation des connaissances, des habiletés et du cheminement personnel vers la gestion quotidienne du traitement.

Elle développe et applique des moyens d'apprentissage et d'évaluation des connaissances, des habiletés et du cheminement personnel vers la gestion quotidienne du traitement. Tout cela se fait en collaboration avec une équipe interdisciplinaire. Elle conseille des mesures préventives et effectue des soins curatifs en podologie.

- **Consultation auprès des équipes de soin**

L'infirmière clinicienne en diabétologie évalue les demandes ponctuelles des infirmières et des professionnels lors des situations problématiques de soins.

Ensuite elle identifie et met en place des mécanismes de soutien, du suivi et d'évaluation nécessaires à la résolution de la situation de soin, en collaboration avec les équipes soignantes.

- **Formation**

Au niveau de la formation, elle crée et actualise les divers programmes d'enseignement destinés aux personnes diabétiques et leurs familles. Anime les journées d'enseignement thérapeutique ambulatoire et développe des outils didactiques pour les patient et professionnels de la santé.

De plus sur mandat, elle développe et applique des projets de formation en diabétologie pour les professionnels de la santé au sein de l'institution et à l'extérieur.

Elle assure l'encadrement et l'évaluation des étudiants en soins infirmiers et des professionnels en formation spécialisée dans le cadre des stages cliniques en diabétologie.

- **Développement**

Dans le service de la PMU l'infirmière participe à la diffusion des résultats de recherche clinique .Ces résultats peuvent être diffusés oralement ou lors des participations à des congrès, des séminaires, ainsi que par la rédaction d'articles scientifiques.

Critères de réussite

Les différents critères de réussite sont :

- **la prise en charge des patients en fonction de la philosophie de l'unité**

La philosophie des membres de l'unité reconnaît que la personne et son entourage ont une façon unique de réagir à la maladie et de s'engager dans la gestion quotidienne du diabète et

de son traitement. L'environnement personnel, social et culturel est considéré dans la perspective d'une individualisation du traitement et de la chronicité de la maladie. L'approche interdisciplinaire reconnaît les compétences professionnelles spécifiques de chaque intervenant et définit une perspective commune d'intervention thérapeutique auprès de la personne diabétique et de son entourage. Dans une relation de co-participation, l'intervention thérapeutique a pour but de permettre à la personne et à son entourage de cheminer progressivement vers une gestion autonome du traitement et de promouvoir l'accession à une qualité de vie subjectivement significative.

- **Le respect des postulats et valeurs**

La perception de la personne et de son entourage, leurs croyances et leurs valeurs sont reconnues, acceptées et valorisés dans le processus apprentissage-enseignement du diabète et de son traitement.

La relation interpersonnelle permet le soutien et le développement des capacités actuelles et potentielles de la personne et de son entourage tout en leur offrant la liberté de choisir la meilleure alternative à un moment donné de leur vie.

La personne et son entourage cheminent selon un rythme qui leur est propre, vers une gestion autonome du traitement, dans un climat de partage des connaissances et de l'expérience du diabète.

L'interaction avec les réseaux de la santé, l'ouverture et les échanges sont indispensables au maintien des standards de qualité.

Dossier infirmier

Le dossier infirmier permet un suivi interdisciplinaire par la mise à jour régulier de l'anamnèse et des annotations des consultations.

Travail infirmier

Ce travail infirmier est mis en valeur par des publications et des participations à diverses manifestations (congrès, etc....)

Evaluation

L'évaluation à la PMU se fait de façon annuelle.

Formation de base

Il faut être infirmière niveau II, ou avoir suivi une formation HES, ou encore, posséder un diplôme reconnu par la croix rouge Suisse. De plus être infirmière clinicienne spécialisée ou un titre jugé équivalent.

Expérience professionnelle

Avoir une expérience professionnelle de 5 années dans un secteur de soins, médecine ou chirurgie et expérience ou intérêt pour l'éducation thérapeutique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques.

Connaissance particulière

L'infirmière devrait avoir des connaissances en éducation thérapeutique.

Connaissances autres

Cela requiert des connaissances de base de l'utilisation de l'outil informatique PC, l'anglais parlé et écrit.

2.1.3.3. SES COMPÉTENCES

2.1.3.3.1. Définition d'une compétence

Une compétence est une capacité d'action efficace face une ou des situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité à les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre des problèmes.⁴⁴

Perrenoud la définit comme la capacité d'agir efficacement dans un type défini de situation.

Une compétence :

- possède un double caractère opératoire et finalisé et sa forme est toujours contingente. C'est l'idée de compétence à agir qui doit prévaloir.
- est apprise. On ne naît pas compétent, on le devient par construction personnelle et sociale
- est structurée : les différents éléments qui la constituent, se combinent, interagissent et la construisent
- est une notion abstraite et hypothétique : elle est, par nature inobservable. Seuls le comportement et les résultats sont observables.

Le Boterf, dans ses ouvrages sur les compétences, adopte une approche combinatoire de la compétence et juge la compétence d'une personne en fonction de sa capacité à combiner les ressources dont il dispose à un moment donné, pour réaliser une activité en prenant en compte les conditions et les modalités d'exercice de cette activité⁴⁵.

Compétence =	Savoir agir Responsable et validé =	Savoir mobiliser Savoir intégrer Savoir transférer	Des ressources (connaissances, capacités)	Pour atteindre un objectif
Dans un contexte professionnel				

⁴⁴ RAKOTOMENA.Mialy. Les ressources individuelles pour la compétence interculturelle. *Revue internationale sur le travail et la société*, février-mars 2005.

⁴⁵ RAKOTOMENA.Mialy. Les ressources individuelles pour la compétence interculturelle. *Revue internationale sur le travail et la société*, février-mars 2005.

La compétence se définit dans l'action, c'est une compétence en situation qui se construit et fonctionne dans une action finalisée, pour faire quelque chose.

Des ressources sur lesquelles repose de la compétence

Les ressources c'est en gros ce que l'on sait (de manière théorique) et ce que l'on sait faire (d'une manière pratique). Elles sont incorporées (personnelles) ou objectives (qui relèvent de l'environnement).

Les ressources incorporées sont les:

- **Savoirs**

Constitués par les connaissances générales (concepts, savoirs disciplinaires...), les connaissances spécifiques à l'environnement professionnel (règles de gestion, culture organisationnelle...), des connaissances procédurales (méthodes, règles opératoires, procédures...)

- **Savoir-faire**

Ce sont des savoirs actualisés par les leçons tirées de l'expérience. Nous y trouvons des « savoir-faire » opérationnels, expérientiels, relationnels, et cognitifs.

- **Aptitudes et qualités**

Principalement constituées par les traits de personnalité. Dans la logique d'une approche combinatoire, ces qualités sont considérées comme des ressources plutôt qu'une compétence.

- **Ressources physiologiques**

Elles nous permettent d'acquérir et de stocker notre énergie.

- **Ressources émotionnelles**

Elles nous permettent de focaliser ces énergies dans le bon sens.

- **Les ressources d'environnement**

Sont principalement constituées de réseaux. On y retrouve les réseaux relationnels, les réseaux de documentaires, les réseaux informationnels, les réseaux d'expertises.

2.1.3.3.2. Compétence théorique sur le diabète (voir chapitre 5.1.1)

2.1.3.3.3. Compétences au niveau de la prise en charge du patient et son entourage (voir chapitre 5.1.2)

2.1.4. LES THÉORIES ET OUTILS EN SOINS INFIRMIERS

La pensée philosophique sert de fondement au développement et à l'analyse critique du savoir infirmier. Le savoir infirmier est organisé et communiqué au moyen de concepts, de modèles, de cadres et de théories. Toute théorie des soins infirmiers abordera le sujet de la pratique infirmière en fonction d'une philosophie particulière. Dans le cas de ce travail de recherche je parlerai de trois théories de soins infirmiers qui me semblent adéquates et qui vont influencer ma pratique professionnelle lors de la prise en charge de ce patient diabétique musulman pratiquant. Afin de pouvoir donner à ce patient des soins qui répondent à tous ses besoins, je me suis posée trois questions. En partant des questions posées, j'ai trouvé des théories de soins infirmiers et cadres de référence adaptés à cette situation, sur lesquelles l'infirmière peut se référer pour prendre en charge ce patient dans sa globalité.

Quels sont les déficits d'autosoins de ce patient?

2.1.4.1. THÉORIE DE DOROTHEA OREM

(VOIR Annexe 1)

La théorie de D. Orem, publiée pour la première fois en 1971, porte sur trois concepts apparentés : l'autosoin, le déficit d'auto soin et les systèmes de soins infirmiers. La théorie de l'autosoin se fonde sur quatre concepts : l'autosoin, la capacité d'accomplir l'autosoin, les nécessités d'autosoin et les exigences d'auto soin thérapeutique.

L'autosoin est une activité dans laquelle une personne s'engage de manière autonome tout au long de sa vie afin de favoriser et de préserver son bien-être. Il dépend de la capacité de la personne de poursuivre les activités qui y sont reliées : soit la personne les mène a bien elle-

même, soit elle a besoin de quelqu'un pour les accomplir à sa place. La plupart des adultes sont capables de prendre soin d'eux-mêmes, tandis que les enfants et les personnes affaiblies par une affection ou une invalidité ont besoin d'aide.

L'**autosoin** vise à satisfaire des nécessités précises : les nécessités d'autosoin (NAS). Il y a trois sortes de nécessités d'autosoin.

Les nécessités **d'autosoin universelles**, communes à toutes les personnes, quels que soient leur âge et leur état de santé : apport suffisant d'air, d'eau et de nourriture ; soins associés au processus d'élimination et à l'évacuation des excréments ; équilibre entre l'activité et le repos, entre la solitude et l'interaction sociale ; prévention des risques qui menacent la vie, la santé et le bien-être ; promotion de la santé et du développement humain, notamment du fonctionnement humain normal.

Les nécessités **d'autosoin reliées au développement** émergent au cours du passage à un nouveau stade de développement ou à l'occasion d'un changement exigeant une adaptation (changement d'image corporelle, perte du conjoint, etc.).

Les nécessités **d'autosoins reliés à l'altération de la santé** s'imposent au moment d'une affection, d'une blessure, d'un problème de santé ou de son traitement.

Orem définit le **soin**⁴⁶ comme étant un champ de connaissance et service humain visant à combler les limites de la personne dans l'exercice d'autosoins liés à sa santé et à renforcer ses capacités d'autosoins.

Réaliser une injection d'insuline, utiliser des appareils d'auto-surveillance glycémique, planifier la prise des médicaments parfois nombreux, corriger un malaise hypoglycémique ne s'improvise pas. Seul un entraînement à ces gestes peut aider à surmonter les peurs, lever les croyances et aboutir à une dextérité permettant d'atténuer leurs contraintes.

L'infirmière doit aider le patient diabétique à développer les compétences d'autosoins⁴⁷. Toutes ces compétences seront régulièrement évaluées tant par le patient lui-même (carnet d'auto-surveillance) que par le soignant.

Cette théorie de Orem est un outil indispensable à l'infirmière clinicienne pour l'éducation thérapeutique du patient. Le but sera de le rendre autonome par le développement des compétences d'autosoins afin de retarder les complications dues au diabète⁴⁸. Tout cela concourt à l'efficacité du traitement.

⁴⁶ KEROUAC S., La pensée infirmière, *Conception et stratégie*, Editions Maloine, Chp.2, 1994,162p

⁴⁷ SIMON.D et autres, Education thérapeutique prévention et maladies chroniques Edition Elsevier Masson SAS, Issy Les Moulineaux, Chp.1, 269p

⁴⁸ HALLOUET.P fiches de soins infirmiers ed Masson 2005, 625 p

<i>Quelle signification ce patient donne à sa maladie ?</i>

2.1.4.2. LA SPIRITUALITÉ DANS LES SOINS : THÉORIE DE ROSEMARIE PARSE ET LE CARING JEAN WATSON

La spiritualité⁴⁹ est le reflet d'une vie et d'une expérience intérieure. Elle s'exprime individuellement et compte à ce titre autant de représentations possibles qu'il existe d'êtres humains. Plusieurs concepts sont apparentés à celui de la spiritualité : la religion, la foi, l'espoir, la transcendance et le pardon. Ces concepts ont été définis en *Annexe 2*.

La spiritualité est une démarche cognitive de l'homme se caractérisant par la recherche D'un sens et d'un but pour son existence.

Cette recherche de sens peut être fondée sur des croyances, religieuses ou non, ou sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique. Elle peut entraîner des pratiques dites spirituelles. Elle fait partie du développement de l'homme. Le sens, les valeurs et la transcendance permettent au patient de se définir spirituellement.

Tout d'abord, qu'entendons-nous par *spiritualité* dans le domaine des sciences infirmières ?⁵⁰ Pour certains, ce terme correspond à la religion du patient. Toutefois, les écrits scientifiques de la discipline infirmière insistent de plus en plus sur une vision élargie de ce concept et on y trouve principalement quatre types de définitions.

Par exemple, des auteurs définissent la spiritualité comme étant une relation avec soi-même, les autres, l'environnement et ce qui est plus grand que soi (Dieu). Cette définition, de nature relationnelle fait appel à un sens profond d'être lié à ce qui est. Pour Watson, la spiritualité correspond plutôt à l'essence de la personne, laquelle demeure intrinsèque à l'être humain. Elle ajoute que la spiritualité s'avère une ressource essentielle pour l'individu soigné, afin de promouvoir sa guérison.

⁴⁹ KOZIER, Barbara et autres. *Soins infirmiers : Théorie et pratique*, volume 1, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique inc., 2005, 912 p., (Adaptation française sous la direction de LONGPRÉ, Sophie et Lyne CLOUTIER).P705

⁵⁰ PEPIN.J « *la réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières* », théologiques, vol.9,n°2,2001, P 33-46

L'infirmière ne fait pas qu'accomplir des tâches, elle accompagne, elle soutient, elle renforce la personne ou la famille lors d'expériences de santé ou de transitions de vie. C'est à la fois par sa manière d'être, son engagement, sa présence vraie et authentique qu'elle donne forme à son idéal moral de soin.

En soignant, les infirmières sont constamment interpellées par des expériences humaines qui posent des questions fondamentales comme celles du sens de la vie, de la santé, de la souffrance et de la mort.

La théorie de la spiritualité de **Rosemarie Parse**⁵¹ (cf. *Annexe3*), partisane de l'école de l'être humain unitaire m'aide à répondre à la question : « **quelle signification le patient le patient donne à sa maladie ?** » car Rosemarie Parse définit le **soin**⁵² comme étant la science et l'art centrés sur l'humain en tant qu'unité vivante en devenir et sur la qualité de vie à travers la participation qualitative de la personne dans ses expériences de santé.

La théorie de Parse m'aidera à identifier comment le patient et sa famille définissent leur « qualité de vie ». En me basant sur cette théorie, je reconnais que chaque être humain est unique et je participe de façon authentique à la création de la réalité de cet être en devenir. En pratique l'infirmière s'oriente vers les préoccupations, les craintes et les aspirations de la personne et de sa famille.

Je ne porterai pas de jugement sur le patient, mais permettrai à ce patient d'atteindre le plus haut niveau d'harmonie entre son corps son âme et son esprit comme le stipule **Jean Watson** dans la théorie du « caring »⁵³ (cf. *Annexe 4*) grâce au développement d'une relation d'aide et de confiance, à la création d'un environnement de soutien, à la valorisation d'une sensibilité à lui-même et aux autres.

⁵¹ KEROUAC S., La pensée infirmière, *Conception et stratégie*, Editions Maloine, Chp.4, 1994,162p

⁵² Ibidem

⁵³ Ibidem

<i>Comment offrir des soins personnalisés à ce patient ?</i>
--

2.1.4.3. LE SOIN TRANSCULTUREL DE MADELEINE LEININGER

Si je me réfère à la définition du **soin**⁵⁴ comme étant :la science et l'art humaniste appris, centrés sur les comportements, les fonctions et les **processus de soins personnalisés** dirigés vers la promotion et le maintien des comportements de santé ou son recouvrement en préservant, adaptant et restructurant des soins culturels, je dirais que l'utilisation de la théorie des soins transculturels de Leininger⁵⁵, comme cadre de référence, s'avère appropriée. Cette théorie suggère une approche ethnologique qui permet d'étudier les facteurs socioculturels qui influencent la santé des individus. (*Voir Annexe n 5°*)

Leininger a développé la théorie des soins transculturels qui allie de façon créatrice des connaissances issues du domaine de l'anthropologie et des sciences infirmières. Selon Leininger, la personne est un être qui ne peut être dissocié de son bagage culturel et ce dernier guide la pensée, la prise de décision et les actions en matière de santé. Ainsi, divers facteurs du contexte culturel exercent une influence en ce qui a trait à l'acceptation d'interventions préventives concernant la pathologie du diabète.

La santé est liée à des croyances, à des valeurs et à des comportements connus d'une culture et utilisés pour préserver et maintenir le bien-être en vue d'accomplir des activités de la vie quotidienne⁵⁶. Issue de cette conception, la théorie des soins transculturels de Leininger, cerne les divers facteurs culturels qui influencent les pratiques de soins, la santé et le bien-être d'un individu, d'une famille, d'un groupe ou d'une communauté. D'autre part, grâce à ces nouvelles connaissances, elle guide la pratique infirmière afin d'offrir des soins culturellement congruents, le but ultime de cette théorie.

Pour établir une relation de confiance avec un patient musulman pratiquant atteint d'une maladie chronique comme le diabète, l'infirmière doit fournir des interventions qui prennent en compte des coutumes et des croyances culturelles du patient.

L'infirmière doit comprendre les facteurs spécifiques qui influencent les comportements dans la santé et la maladie. Un recueil de données culturelles peut donner un sens à des

⁵⁴LEININGER.M. Les soins infirmiers transculturels. *Soins infirmiers*, Janvier 1995

⁵⁵ Ibidem

⁵⁶ Ibidem

comportements qui, sans lui, pourraient paraître négatifs. Si les comportements culturels ne sont pas correctement interprétés ou les valeurs des patients respectées et acceptées, on aboutit à un diagnostic erroné, à la non-observance et à l'aliénation des patients envers le système de santé. D'où l'échec dans la prise en charge de ce patient.

Afin d'offrir des soins personnalisés au patient, il est donc important que l'infirmière évalue chaque patient et sa famille, se familiarise avec leurs croyances culturelles et ethniques, qu'elle connaisse leurs habitudes en matière de soins de santé. Elle pourra ainsi leur proposer des interventions thérapeutiques congruentes à leur culture.

A partir de quel raisonnement, sur quels principes devrais-je fonder mon jugement clinique et mon argumentation lors de cette prise en charge?

2.1.4.4. LA DÉONTOLOGIE INFIRMIÈRE

Un code déontologique⁵⁷ est l'énoncé formel des idéaux et des valeurs d'un groupe. C'est un ensemble de principes éthiques qui :

- Sont partagés par les membres du groupe
- Reflètent les jugements moraux que le groupe a acquis au fil des ans
- Servent de normes aux actes professionnels.

L'infirmière dans sa pratique, doit s'appuyer sur les principes éthiques du respect de la dignité de chaque individu tel que : l'autonomie, la véracité, la fidélité, le respect de la confiance, le souci de faire du bien et d'éviter de nuire⁵⁸.

Elle doit aussi se référer au code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII) Les éléments du CII utiles à l'infirmière clinicienne dans la prise en charge du patient diabétique musulman pratiquant en Valais sont les suivant⁵⁹:

⁵⁷ KOZIER, Barbara et autres. *Soins infirmiers : Théorie et pratique*, volume 1, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique inc., 2005, 912 p, chap 4, p84, (Adaptation française sous la direction de LONGPRÉ, Sophie et Lyne CLOUTIER).

⁵⁸ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS (ASI). *L'éthique dans les soins infirmiers*. Berne, 2000

⁵⁹ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES (CII). Code déontologique pour la profession infirmière. Genève, 2000

- Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés.
- L'infirmière s'assure que l'individu reçoit suffisamment d'informations pour donner ou non son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devra recevoir.

Le **consentement éclairé** est l'autorisation que donne une personne pour accepter un traitement ou une intervention ; Toute personne a le droit de prendre des décisions en ce qui concerne les soins qui lui sont prodigués ; en conséquence, elle a le droit d'obtenir toute l'information qui lui est nécessaire. Pour donner ou refuser son consentement de façon valide, le patient doit comprendre librement et sans contrainte la nécessité du traitement ou de l'intervention.

L'obtention du consentement à des interventions infirmières relève de l'infirmière. Le code déontologique pour la profession infirmière oblige d'ailleurs l'infirmière à fournir au patient les explications nécessaires à la compréhension des soins et des traitements qu'elle prodigue. L'infirmière doit donc obtenir un consentement libre et éclairé de la personne en lui fournissant toutes les informations requises. Les principaux éléments à fournir sont les suivants⁶⁰ :

⁶⁰ Ibidem

- But du traitement
- Ce que la personne peut s'attendre à éprouver
- Résultats escomptés du traitement
- Risques ou résultats négatifs potentiels
- Avantages et désavantage des autres options de traitement (y compris l'absence de traitement) ; effets et risques de ces autres options.

Toute personne ayant la capacité de décision est censée être en mesure de décider au sujet de sa santé.

Comment évaluer si le projet de soin proposé a répondu aux attentes de ce patient ?

2.1.4.5. LES NORMES DE QUALITÉ EN SOINS INFIRMIERS

Voir tableau sur les divers niveaux de qualité des soins en *Annexe 6*.

2.2. LE PATIENT DIABÉTIQUE MUSULMAN PRATIQUANT

Pour prodiguer de façon adéquate des soins à un patient diabétique musulman pratiquant, il est pour moi important de définir tous les concepts qui gravitent autour de ce patient et qui vont interagir lors de la prise en charge de ce patient.

2.2.1. NOTION DE CRISE, CHRONICITÉ, PERTE ET DEUIL

2.2.1.1. CRISE

La crise suit un processus : la personne passe d'un état d'équilibre à un état de vulnérabilité; puis à un état de crise qui consiste en une période de déséquilibre intense.

Ce concept de crise comporte trois phases :

Tout d'abord, chaque individu tend généralement à maintenir son état d'équilibre sur les plans physique et psychologique. C'est ce que l'on appelle l'homéostasie. Lorsque cet équilibre est rompu, l'organisme répond aux situations stressantes par un ensemble de comportements qui lui permettent de maintenir l'homéostasie (comme par exemple, en pratiquant un sport, sortir entre amis, prier, relaxer, pratiquer un hobby, etc.).

Puis, lorsqu'une personne rencontre des obstacles qui l'empêchent d'atteindre cet état de stabilité, on dira alors qu'elle se trouve dans un état de vulnérabilité. A ce stade, elle a épuisé son répertoire de réponses (solutions) habituelles et ne sait plus quoi faire pour se sentir bien et s'en sortir.

Enfin, un événement supplémentaire peut entraîner un état de crise. Il faut rappeler que l'individu peut revenir à tout moment à l'équilibre lorsqu'une solution est trouvée. Ceci peut empêcher la crise de survenir.

Il est important de souligner que les événements qui provoquent une crise sont multiples et ébranlent différemment les personnes. Donc, les alternatives pour sortir de la crise sont variées et personnelles à chacun.

2.2.1.2. CHRONICITÉ

La chronicité est l'état de l'aboutissement d'un processus morbide à évolution lente et de longue durée ; c'est un état qui peut être lié à une maladie qui évolue lentement, aux séquelles d'une maladie aiguë, d'un accident ainsi qu'aux limites fonctionnelles dues au vieillissement.

La maladie chronique est considérée comme détérioration permanente, résiduelle de l'état de santé d'un individu et qui l'empêche de vivre pleinement sa vie dans son propre environnement et qui nécessite une période prolongée de soins.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) identifie trois étapes de la maladie chronique, soit :

La *déficience* qui désigne toute anomalie d'un organe ou d'un système.

L'*incapacité* qui est la conséquence de la déficience et se manifeste par des limites fonctionnelles ou des restrictions d'activités.

Le *handicap* causé par une déficience et une incapacité de l'individu par rapport aux attentes et aux exigences de son réseau social et compte tenu de ses ressources.

Chez tous les patients, l'aspect chronique d'un état, son évolution progressive, la nature et les formes des symptômes engendrent des conséquences physiques, psychiques et sociales. L'apparition d'un trouble, mais aussi la réalisation du traitement à suivre, nécessitent une réorganisation de la vie quotidienne. Elle implique obligatoirement des transformations psychologiques qui concernent l'image que la personne a d'elle-même et de son corps, le vécu de son corps et ses moyens d'expression.

Les patients sont ainsi contraints de renoncer à leur ancienne image d'eux-mêmes pour en assumer une nouvelle, caractérisée le plus souvent chez le patient diabétique par une limitation des capacités antérieures et un changement physique.

Il faut à tout patient un temps d'adaptation plus ou moins long, avant de pouvoir accepter la réalité de son état. Pour se défendre contre cette transformation de leur image, les personnes adoptent des conduites relatives aux étapes du deuil, telles que le refus de la maladie (déli) ou le repli dépressif et transitoire.

La qualité de vie quotidienne du malade chronique est l'objectif prioritaire dans la prise en charge du patient diabétique. L'autonomie est une préoccupation constante.

Les capacités attendues de l'infirmière vis à vis d'un patient souffrant d'une maladie chronique sont :

- Présence

- Accompagnement dans une relation d'aide
- Ecoute active
- Soutient pour le patient et sa famille
- Travail en équipe interdisciplinaire avec des attitudes et des buts communs.

2.2.1.3. PERTE ET DEUIL⁶¹

La **perte** est l'anomalie, l'indisponibilité ou la disparition (réelle ou redoutée) d'un bien ou d'un avantage particulièrement valorisé par la personne. On peut ainsi perdre son image corporelle. Le patient diabétique ressent une perte d'une dimension du soi, même non évidente qui altère l'image corporelle qu'il a de lui-même. Par exemple, s'il doit perdre du poids, faire des autocontrôles. Les répercussions de ces pertes sur la personne dépendent en grande partie de l'attention qu'elle porte à son image corporelle.

Le **deuil** constitue la réponse subjective du patient diabétique qui vient de perdre son image corporelle. Les rituels du deuil correspondent aux processus comportementaux qui permettent à la personne endeuillée d'atténuer ou d'éliminer l'affliction. Ils dépendent en général de la culture, des croyances spirituelles et des coutumes.

Elisabeth Kubler-Ross a distingué cinq stades dans l'évolution du deuil : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation.

Il est important pour l'infirmière avant d'effectuer un enseignement au patient diabétique, de connaître à quel stade du deuil se trouve ce patient.

⁶¹ KOZIER, Barbara et autres. *Soins infirmiers : Théorie et pratique*, volume 1, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique inc., 2005, 912 p., (Adaptation française sous la direction de LONGPRÉ, Sophie et Lyne CLOUTIER).

2.2.2. SES BESOINS, LIMITATIONS D'AUTOSOINS

2.2.2.1. COMMENT DÉFINIR UN BESOIN ?

Le dictionnaire⁶² Larousse donne du mot « besoin » la définition suivante : désir, envie, naturels ou pas, état d'insatisfaction dû à un sentiment de manque ; exemple de boire, de manger ; ce qui est nécessaire ou indispensable.

Le besoin est ici envisagé soit comme :

- Une nécessité vitale (boire, manger dormir).
- Un sentiment de privation dont l'expression est l'insatisfaction.

Abraham Maslow⁶³ l'un des théoriciens les plus connu dans le domaine des besoins, a classé les besoins humains en cinq niveaux. C'est à partir de ces travaux que Virginie Henderson⁶⁴ a défini son propre modèle de soins autour de ces « quatorze besoins ».

Ces cinq niveaux en ordre ascendant sont les suivants :

Besoins physiologiques. Ce sont : besoins d'air, d'eau, d'abri, de repos, de sommeil, d'activité et de maintien de la température corporelle. Ils sont essentiels à la survie.

Besoin de sécurité. Le besoin de sécurité comporte des aspects physiques et psychologiques. La personne a besoin de se sentir en sécurité, aussi bien dans son milieu physique que dans ses relations.

Besoin d'amour et d'appartenance. Ce troisième niveau comprend le fait de donner et recevoir de l'affection, d'occuper une place au sein d'un groupe et de conserver un sentiment d'appartenance.

Besoin d'estime de soi. La personne a besoin d'estime de soi (sentiment d'indépendance, de compétence et de respect de soi) et de l'estime des autres (reconnaissance, respect et appréciation).

⁶² Dictionnaire Larousse

⁶³ KEROUAC S., La pensée infirmière, *Conception et stratégie*, Editions Maloine, 1994

⁶⁴ HENDERSON.V. *La nature des soins infirmiers*. Présentation, chronologie et notes explicatives par M.F. Collière. InterEditions, Paris, 1994.

Réalisation de soi. Quand le besoin d'estime de soi est satisfait, la personne s'efforce de se réaliser ; il s'agit de besoin inné de développer son potentiel maximal et de manifester pleinement ses capacités et ses qualités.

Tout au long de notre vie, nous nous efforçons de satisfaire nos besoins. La perception qu'a une personne d'un besoin et sa façon d'y répondre peuvent être influencées par des normes ethnoculturelles, des stimuli externes et internes (comme la faim) par des priorités personnelles.

Connaître les bases théoriques des besoins humains aide l'infirmière non seulement à tenir compte, sur le plan thérapeutique, des comportements d'une personne, mais également à se comprendre elle-même ainsi que ses propres façons de répondre à ses besoins. Les besoins humains agissent comme un cadre qui permet d'évaluer les comportements, d'attribuer des priorités à des résultats escomptés et de planifier des interventions infirmières.

Les besoins sont à la fois universels et spécifiques⁶⁵. Universels car identiques pour tous les êtres humains, mais spécifiques pour chacun de nous.

2.2.2.2. LES BESOINS SPÉCIFIQUES DU PATIENT DIABÉTIQUE PRATIQUANT

Si je me réfère à la théorie de Orem (décrite au chapitre 2.1.4.1) pour déterminer les besoins spécifiques du patient diabétique musulman, ces besoins regroupent les **nécessites d'autosoins reliés à l'altération de la santé**. Tout en m'inspirant de la théorie de Maslow, je classe ces besoins en 4 catégories différentes :

Cette classification ne reflète que ma vision en tant que professionnelle de la santé, sachant que chaque être est unique, que les besoins peuvent varier en fonction de la personne, je dois toujours m'adapter au patient.

2.2.2.2.1. Besoin physiologique

Le besoin physiologique du patient diabétique est de parvenir à équilibrer le diabète, c'est-à-dire à maintenir un taux de glycémie proche de la normale. Cela nécessite une hygiène de vie

⁶⁵ AMAR.B .Nouveaux cahiers de l'infirmière. *Concepts et théorie, démarche de soins*, Edition Masson, 2007, 247p

qui s'appuie essentiellement sur une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et une médication.

2.2.2.2. Besoin d'autonomie et d'apprentissage

Le patient est de fait fortement impliqué dans le suivi de sa maladie. Il reçoit une éducation thérapeutique, notamment pour apprendre à manier le matériel d'autosurveillance (lecteur de glycémie, bandelette...) et le traitement (injection), à remplir son carnet de suivi quotidien. Le patient doit aussi être capable d'identifier les signes et symptômes d'une hyper ou hypo glycémie et de les corriger.

2.2.2.3. Besoin psychologique

Il est indispensable que le patient parvienne à faire face à sa maladie, à concilier ses projets de soins et ses projets de vie, sans se laisser submerger par le renoncement : cela nécessite un accompagnement psychologique du patient.

2.2.2.4. Besoin spirituel

Le besoin spirituel se rencontre face à toute situation qui provoque une interrogation sur le sens de la vie, maladie, handicap. Il impose au minimum une prise en compte, une écoute. Les besoins spirituels doivent pouvoir émerger dans la relation soignant/soigné.

L'infirmière clinicienne en diabétologie doit prendre en compte, la culture musulmane du patient et les intégrer dans le projet de soin afin de répondre à ces quatre types de besoins.

2.2.3. COMPLIANCE THÉRAPEUTIQUE, OBSERVANCE AU TRAITEMENT

Je vais plutôt parler d'observance car la compliance me fait plutôt penser à l'obéissance.

On parle d'observance lorsque le comportement d'un patient correspond aux conseils qui lui ont été donnés (prendre ses médicaments, suivre un régime alimentaire ou modifier son mode de vie par exemple). Le degré d'observance peut varier entre deux extrêmes : la personne peut ne tenir compte d'aucune recommandation ou, au contraire respecter la totalité du plan thérapeutique. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles certains patients observent leur traitement et d'autres non. Ces raisons sont les suivantes ⁶⁶:

- Motivation et volonté de recouvrer la santé
- Nature du changement à apporter à son mode de vie
- Gravité perçue du problème de santé
- Importance accordée à la réduction de la menace que représente l'affection
- Compréhension et possibilité de mise en œuvre de certains comportements
- Intensité des indispositions que provoque l'affection ou les soins qui y sont liés
- Confiance en l'efficacité du traitement ou des soins prescrits
- Complexité, effets secondaires et durée du traitement proposé
- Héritage culturel
- Qualité et type de relation avec les intervenants en santé, et degré de satisfaction
- Coût global du traitement prescrit.

Pour améliorer l'observance, l'infirmière doit s'assurer que la personne est en mesure d'appliquer le traitement prescrit, de comprendre les instructions, de participer à l'établissement des objectifs du traitement et d'accorder de l'importance aux résultats que produiront les changements de comportement souhaités.

⁶⁶ KOZIER, Barbara et autres. *Soins infirmiers : Théorie et pratique*, volume 1, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique inc., 2005, 912 p., (Adaptation française sous la direction de LONGPRÉ, Sophie et Lyne CLOUTIER).

Des enseignants de l'université de Montréal ont dressé une vue d'ensemble des différents concepts liés au phénomène de l'observance, dans le but de mieux le cerner dans le contexte d'un traitement médical.

Les attitudes, les croyances, la perception du contrôle personnel, ainsi que la motivation sont présentes comme différents facteurs influençant l'adoption et le maintien d'un comportement de santé. Pour qu'il y ait apprentissage efficace, la personne doit s'engager dans l'autogestion ou l'autocontrôle de son propre apprentissage. Quelle que soit la stratégie retenue, une intervention éducative centrée sur les connaissances ne pourra être efficace que si elle permet à l'individu d'augmenter son contrôle.

Voici des interventions pertinentes auxquelles l'infirmière peut recourir lorsqu'un patient n'observe pas le traitement prescrit :

Déterminer les raisons pour lesquelles la personne n'observe pas le traitement prescrit.

Selon la raison, l'infirmière pourra donner des informations, rectifier les idées fausses, proposer des services de consultation si des problèmes psychologiques entravent l'observance du traitement. Il est également essentiel que l'infirmière réévalue la pertinence des conseils donnés en matière de santé. Dans les situations où les croyances culturelles ou l'âge semblent incompatibles avec les traitements prévus, l'infirmière doit trouver des moyens d'adapter les soins de façon à tenir compte des habitudes de la personne.

Faire preuve de respect chaleureux

Il s'agit de s'intéresser aux problèmes et aux décisions de la personne et d'accepter le fait que cette dernière a le droit de prendre les mesures qui lui conviennent. Par exemple l'infirmière peut dire à un patient qui ne fait pas son insuline : « Je sais ce que vous ressentez à ce sujet, mais je suis inquiète pour votre glycémie »

Favoriser des comportements sains grâce à un renforcement positif.

Si la personne qui ne prend pas son insuline marche tous les jours, l'infirmière pourra lui dire «Marcher vous fera vraiment du bien. »

Utiliser des méthodes pour renforcer l'enseignement.

L'infirmière peut offrir à la personne des dépliants informatifs sur la médication par exemple, ou encore établir par écrit le calendrier indiquant les dates et les heures auxquelles les médicaments doivent être pris.

Etablir une relation thérapeutique empreinte de liberté, de compréhension et de responsabilité avec la personne et son réseau de soutien.

En transmettant les connaissances, les compétences et l'information nécessaire, l'infirmière donne à la personne un contrôle sur sa santé et établit avec elle une relation axée sur la collaboration, ce qui se traduit par une plus grande observance au traitement.

2.2.4. SES REPRÉSENTATIONS, CROYANCES, RITES ET PRATIQUES RELIGIEUSES ET CULTURELLES

Afin de promouvoir la santé, il importe que l'infirmière comprenne bien les croyances des patients et des familles en matière de santé et de maladie. Celles-ci peuvent dénoter un manque d'information, ou encore une mauvaise information au sujet de la santé ou des affections. Aussi certains groupes peuvent entretenir des mythes ou utiliser des méthodes propres à leur culture.

Une religion est un ensemble de croyances et de rites en lequel communient des individus qui y découvrent un sens surnaturel aux questions que pose l'existence⁶⁷.

2.2.4.1. FACTEURS INFLUANT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET SUR LES CROYANCES ET LES COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ

De nombreux facteurs, conscients ou inconscients influent sur l'état d'une personne ainsi que sur ses croyances⁶⁸ et comportements⁶⁹ en matière de santé. En règle générale, la personne

⁶⁷ LEVY Isabelle – *Soins et croyances* – Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux – Ed. Estem, Paris, 1999-222 p.

⁶⁸ **Croyances en matière de santé.** Notions relatives à la santé que la personne considère comme étant la vérité. Ces croyances ne reposent pas toujours sur des faits, et certaines d'entre elles sont influencées par la culture. Dans certaines cultures, on considère que la maladie est une manifestation de mauvais esprits, de sorte que si on est malade on adopte certains comportements ou rites visant à chasser ces esprits au lieu de consulter un médecin.

⁶⁹ **Comportements en matière de santé.** Mesures que prend la personne pour comprendre son état de santé, maintenir un état de santé optimal, prévenir les affections et les blessures et atteindre un potentiel physique et mental maximal.

détermine ses comportements en matière de santé et choisit ses activités, qu'elles soient saines ou malsaines. Par contre, elle exerce peu d'influence en ce qui a trait à sa constitution génétique, à son âge, à son sexe, à sa culture, voire à son environnement géographique.

2.2.4.1.1. Facteurs internes

Les facteurs internes comprennent les dimensions biologiques, psychologiques et cognitives.

Dimensions biologiques

Elles comprennent la constitution génétique, le sexe, l'âge et le niveau de développement.

Dimensions psychologiques

Les facteurs psychologiques (émotionnels) influent sur la santé, notamment sur les relations entre le corps et l'esprit, et le concept de soin.

Dimensions cognitives

Dans la dimension cognitive on retrouve des facteurs tels que les choix quant au mode de vie et les croyances spirituelles et religieuses.

Le mode de vie (ou habitudes de vie) est la façon générale dont une personne vit. Il dépend des conditions de vie et des modes de comportement individuels influencés par des facteurs socioculturels et les caractéristiques personnelles.

Les croyances spirituelles et religieuses peuvent avoir un effet important sur le comportement en matière de santé.

2.2.4.1.2. Facteurs externes

Les facteurs se répercutant sur la santé sont *l'environnement physique*, le *niveau de vie*, les *croyances familiales et culturelles* (la famille transmet des habitudes de vie quotidienne et des modes de vie à ses descendants. Les interactions culturelles et sociales ont également une

Ces comportements résultent de croyances en matière de santé. Manger raisonnablement, faire de l'exercice, observer le traitement prescrit.

Les comportements en matière de santé doivent prévenir les indispositions ou les affections ou encore permettre de les détecter de façon précoce. L'infirmière qui élabore un plan de soin et de traitement avec une personne doit tenir compte des croyances de celle-ci en matière de santé avant de proposer des changements de comportements souhaitables.

incidence sur la façon dont la personne perçoit la santé et la maladie, en fait l'expérience et y fait face.

2.2.4.2. CROYANCES SELON LA RELIGION MUSULMANE

Les préceptes, croyances et manifestations les plus susceptibles d'influer sur les soins infirmiers sont les suivants : fêtes religieuses, livres sacrés, symboles sacrés, prières et méditations, croyances relatives à l'alimentation, à la guérison, à la tenue vestimentaire, à la naissance et à la mort.

L'islam⁷⁰ né après le judaïsme et le christianisme marque de son empreinte la vie quotidienne, sociale et privée des musulmans. La loi canonique (*chiaria*) fixe les cinq piliers de l'islam : la profession de la foi ou la *Chachâdâ* (il n'y a d'autre Dieu qu'Allah, et Mahomet est l'envoyé d'Allah), la prière rituelle cinq fois par jour, le jeûne du Ramadan, le pèlerinage à la Mecque et l'aumône rituelle (*Zakaf*).

Autour du prophète Mahomet, de nombreux fidèles se rassemblent. Ils sont appelés « les musulmans », ceux qui s'en remettent à Dieu. Le 16 juillet 622, ses prédications provoquent l'hostilité des grandes familles de la Mecque. Sa fuite avec ses partisans vers Médine (hégire, an zéro du calendrier musulman) est leur salut. En 631, Mahomet se rend une dernière fois à la Mecque pour le grand pèlerinage de l'Adieu. Il décède le 8 juin 632 à Médine ou il est enterré.

Après la mort du prophète Mahomet des divisions éclatent entre les fidèles : le Sunnites (90%) suivent Aïcha la veuve de Mahomet, représentante de la tradition ; les Chiïtes (10%) pensent que l'héritage de Mahomet revient à ses descendants soient Ali, époux de Fatima fille du prophète et à leur deux enfants Hassan et Hussein.

Dans⁷¹ l'islam, l'imam⁷² est celui qui dirige les croyants et qui montre le droit chemin. Il est considéré soit comme le chef religieux, le chef d'une école juridique ou théologique islamique. Guide moral de toute une communauté, élu par ses pairs pour sa piété et son savoir, il préside les assemblées religieuses, promulgue l'enseignement coranique, recherche les réponses appropriées aux questions liées aux aspects juridiques ou rituels de la vie des

⁷⁰ LEVY Isabelle – *Soins et croyances* – Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux – Ed. Estem, Paris, 1999-222 p.

⁷¹ Ibidem, p 29

⁷² Appellation ancienne des conducteurs de caravanes.

musulmans au sein d'une société. Les réponses sont compatibles avec les exigences de la foi, respectueuses des lois et de l'environnement social. L'imam dirige la prière à la mosquée. Cependant, tout musulman peut assurer cette dernière tâche.

Toutes les mosquées abritent une salle de prière (*mussalla*). Le sol est recouvert de tapis sur lesquels les fidèles prient déchaussés. Chaque édifice dispose d'un bassin où le fidèle peut procéder à ses ablutions avant la prière. Le musulman doit entrer dans la salle de prière du pied droit car la droite se rapporte au côté masculin et la gauche au côté féminin. Selon le Coran, faire passer la droite avant la gauche c'est passer avant tout la générosité et seulement, en un second temps, corriger la générosité par l'équité.

Le deuxième devoir de tout musulman est de réciter cinq prières quotidiennes (*sala*) : la première avant le lever du soleil, la deuxième en tout début d'après-midi, la troisième en fin d'après-midi la quatrième après le coucher du soleil et la cinquième avant de se coucher. Elles sont effectuées après avoir pratiqué une purification rituelle.

2.2.4.2.1. La prière⁷³

Pour prier, les musulmans se tournent vers la Kaaba, maison de Dieu, de forme cubique, située sur le site de la grande mosquée de la Mecque, ville sainte de l'Arabie saoudite dont l'accès est interdit aux non-musulmans.

Le vendredi est le jour de grande prière pour le musulman, c'est le jour où chacun doit se rendre obligatoirement à la mosquée pour la grande prière de midi. L'obéissance à Dieu et la reconnaissance de sa grandeur sont exprimées par des paroles et des prosternations répétées. Elle est suivie par une réunion amicale, familiale et très conviviale autour d'un repas.

Nombreuses sont les personnes qui considèrent certaines pratiques religieuses, par exemple la prière comme un moyen efficace de faire face à la maladie.

2.2.4.2.2. Le Coran

Le Coran est le livre sacré de la religion musulmane. Le Coran regroupe les paroles qui ont été récitées par le prophète Mahomet à son auditoire, afin d'être utilisées lors des prières musulmanes (en arabe « *salat* ») et transmises par révélation, initialement par l'ange Gabriel.

⁷³ Ibidem

Cette « révélation » s'étend sur une période de vingt-trois ans. Le Coran est parfois appelé simplement kitâb (livre) ou dhikr (rappel). Il constitue la part la plus connue de la révélation au prophète, l'autre part étant constituée des hadiths dits "prophétiques". Les musulmans le considèrent comme une manifestation d'un attribut divin, le Kalam, qui représente la capacité d' Allah à transmettre aux prophètes certaines informations relatives au bien et au mal, à la vie et à la mort, au Paradis et à l'Enfer, ainsi qu'aux lois fixant les limites entre le licite et l'illicite. En ce sens, il est l'expression de cet attribut de Dieu (*Allah*) adressée à l'intention de toute l'humanité: l'islam a ainsi une vocation universelle.

2.2.4.2.3. Le calendrier islamique⁷⁴

Purement lunaire, le calendrier musulman compte 354 ou 355 jours (suivant les années) repartis en 12 mois lunaire de 29 ou 30 jours. En outre, il existe onze années bissextiles pour chaque période de trente ans de manière que chaque début de mois coïncide réellement avec la nouvelle lune. Ceci peut entraîner un certain décalage avec le calendrier théorique préalablement établi. Les fêtes peuvent être différées de plusieurs mois au fil des années en raison d'un décalage de 10 jours par an du calendrier islamique.

2.2.4.2.4. Le Ramadan⁷⁵

Le jeûne ne doit rien changer aux occupations quotidiennes, ni servir de prétexte pour négliger ses devoirs. Il implique un effort supplémentaire pour leur accomplissement habituel. Néanmoins, le Coran exempte les femmes pendant leur période menstruelle (elles doivent récupérer ultérieurement leur jour de jeûne), les voyageurs, les infirmes, les malades et les personnes âgées. Si leurs moyens le permettent, ils doivent nourrir un pauvre par jour de jeûne en remplacement de leur indisposition.

Lors d'une des dix dernières nuits du Mois de Ramadan, les musulmans célèbrent la fête « *Aid El Fitr* », c'est la rupture du jeûne. A cette occasion, on offre l'aumône aux pauvres pour que tous puissent être heureux, on met de nouveaux habits, on offre des présents, on se réjouit, on se réconcilie, on envoie des vœux de fête et des bénédictions. Traditionnellement elle dure trois jours.

⁷⁴ Ibidem, p 84

⁷⁵ Ibidem, p 85

2.2.4.2.4.1. Les conséquences médicales du jeûne du Ramadan

D'après les estimations, il y'aurait 1,5 milliard de musulmans dans le monde, soit près de 25% de la population mondiale. L'étude EPIDIAR (Epidemiology of Diabetes and Ramadan) réalisée a révélé qu'environ 43% des personnes atteintes de diabète de type1 et 79% de personnes atteintes de diabète de type 2 jeûnaient pendant le Ramadan⁷⁶.

La prise de médicaments par la bouche est prohibée entre l'aube et le coucher du soleil. Elle est autorisée sans restriction entre le coucher et le lever du soleil.

Bien qu'il existe des différences d'interprétation, les autres voies d'administration sont en général considérées comme possibles durant la journée. C'est le cas des injections intramusculaires et intraveineuses, des suppositoires, des aérosols et des applications cutanées ou sur les muqueuses. Le jeûne du Ramadan présente de nombreuses conséquences biologiques chez le patient diabétique.

L'hypoglycémie⁷⁷

La réduction de l'apport en aliments est un facteur de risque bien connu de l'hypoglycémie. On estime que l'hypoglycémie est la cause de 4% des décès chez les personnes atteintes de diabète de type1.

L'hyperglycémie

L'étude EPIDIAR a révélé une multiplication par cinq de l'incidence de l'hyperglycémie grave (nécessitant une hospitalisation) pendant le Ramadan chez les personnes atteintes du diabète de type 2 sans doute due à la réduction excessive de la prise d'hypoglycémifiants.

L'acidocétose diabétique

Les personnes atteintes de diabète qui jeûnent pendant le Ramadan sont exposées à un risque accru de développer une acidocétose diabétique, en particulier lorsque le taux de glycémie est élevé avant le début de la période de jeûne. En outre, le risque d'acidocétose diabétique peut être exacerbé par une trop forte réduction de l'insuline liée à la réduction de l'apport en aliments pendant un mois.

⁷⁶ ASHRAF Ibrahim.M. Gérer le diabète pendant le Ramadan . *Diabetes voice*, 2007,numéro 2

⁷⁷ Ibidem

Déshydratation et thrombose

La déshydratation due à la limitation de la consommation de liquides peut avoir de graves conséquences chez les personnes effectuant des travaux physiques. En outre, l'hyperglycémie peut entraîner une déshydratation en raison d'une miction excessive et contribuer à la déplétion d'électrolytes dans l'organisme. On peut observer chez le patient les symptômes d'une pression artérielle trop basse (vertige ou faiblesse générale) ceux-ci peuvent entraîner une perte de connaissance, des chutes. Les personnes atteintes de diabète ont des taux d'anticoagulant plus faibles et sont plus exposés à la formation de caillots sanguins qui peuvent entraîner un malaise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

2.2.4.2.4.2. La prise en charge du patient diabétique en période du jeûne du Ramadan

*Observations générales*⁷⁸

Contrôles fréquents

Il est essentiel que les personnes atteintes de diabète puissent contrôler leur glycémie à plusieurs reprises tout au long de la journée. Ce point est particulièrement critique pour les personnes insulino-dépendantes.

Nutrition

Le patient diabétique doit maintenir une alimentation saine et équilibrée pendant le Ramadan. Il ne doit éviter de manger de grandes quantités d'aliments riches en graisses et en hydrate de carbone, en particulier lors du repas du soir. Il est recommandé d'augmenter l'apport en boisson non caloriques en dehors des heures du jeûne. Le repas pris avant l'aube doit être pris le plus tard possible avant le début du jeûne quotidien.

Activité physique

Une activité physique excessive peut accentuer le risque d'hypoglycémie et doit être évité. La récitation de l'ensemble des prières après le repas du soir doit être considérée comme faisant partie intégrante du programme d'activité physique quotidien.

⁷⁸ Ibidem

Interruption du jeûne

Il est impératif que les personnes atteintes de diabète comprennent qu'elles doivent immédiatement interrompre le jeûne en cas de risque vital.

Evaluation et conseil

Toutes les personnes atteintes de diabète qui souhaitent participer au jeûne du Ramadan doivent se préparer de façon adéquate afin de suivre le jeûne en toute sécurité. Cela implique une évaluation médicale et des conseils éducatifs.

Evaluation médicale

Celle-ci doit avoir lieu un à deux mois avant le Ramadan. Le bien être général des personnes et le contrôle de leur taux de glycémie, de pression artérielle et de lipides sanguins doivent faire l'objet d'une attention particulière. Des tests sanguins appropriés doivent être prescrits et évalués. Les personnes atteintes de diabète doivent recevoir des conseils médicaux spécifiques sur les risques potentiels du jeûne.

Conseils éducatifs

Il est essentiel que les patients diabétiques et leurs familles reçoivent une formation adéquate et appropriée aux soins autonomes. Celle-ci abordera les signes et symptômes de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie, le contrôle glycémique, la planification des repas, l'activité physique, les médicaments et la gestion des complications graves.

Le diabète de type 1⁷⁹

De façon générale, les personnes atteintes de diabète de type 1 sont très exposées au risque de développer des complications graves et doivent être vivement encouragées à ne pas participer au jeûne du Ramadan.

Habituellement, si elles insistent à jeûner, elles auront besoin de deux injections quotidiennes d'insuline d'action semi-retard NPH, administrées avant les repas qui précèdent l'aube et qui suivent la tombée du jour, combinées à une insuline d'action rapide pour couvrir l'apport en aliments lors des repas. Toutefois, le risque d'hypoglycémie augmente vers midi en raison du pic d'action de la dose d'insuline administrée avant l'aube.

⁷⁹ Ibidem,

L'utilisation d'une insuline d'action prolongée ultralente constitue une option, à raison de deux injections quotidiennes à 12 heures d'intervalle pour imiter l'insuline basale, combinée à une insuline d'action rapide avant les deux repas. L'insuline ultralente ne peut pas vraiment être considérée comme une insuline basale en raison de son pic d'action large qui oscille entre 8 et 14 heures. Par conséquent, une hypoglycémie prolongée peut se produire, en particulier parce que la durée d'action de l'insuline ultralente est très variable – entre 18 et 30 heures.

Le diabète de type 2⁸⁰

Style de vie et nutrition

Chez les personnes atteintes du diabète de type 2 qui gèrent leur diabète par l'alimentation et l'activité physique, les risques associés au jeûne sont assez faibles. Toutefois, si elles mangent trop, le risque d'hyperglycémie après les repas qui précèdent l'aube et qui suivent la tombée du jour est réel. Repartir l'apport énergétique sur deux ou trois repas plus légers pendant la période où le jeûne est suspendu peut contribuer à prévenir l'hyperglycémie après les repas. Le programme d'activité physique quotidien doit être adapté en terme d'intensité et de durée afin d'éviter les crises d'hypoglycémie.

- **Médicaments oraux**

En général, les médicaments dont l'action consiste à augmenter la sensibilité à l'insuline sont associés à un risque nettement plus faible d'hypoglycémie que les composés qui agissent en augmentant la sécrétion d'insuline. Les personnes sous Metformine peuvent jeûner sans risque car la possibilité d'hypoglycémie est minime. Toutefois, la répartition des doses doit être modifiée : les deux tiers de la dose quotidienne totale doivent être pris immédiatement avant le repas du soir et le dernier tiers avant le repas du matin.

⁸⁰ Ibidem,

Les patients qui prennent des insulino-sensibilisants (rosiglitazone et pioglitazone) ont un risque d'hypoglycémie faible. Généralement, la dose ne doit pas être modifiée.

On estime que les sulfonylurées ne sont pas adaptés aux périodes de jeûne en raison d'un risque inhérent d'hypoglycémie ; ils doivent être utilisés avec précaution. Le chlorpropamide est totalement contre-indiqué pendant le Ramadan en raison de la forte possibilité d'hypoglycémie prolongée et imprévisible. Les nouveaux sulfonylurés (glidazideMR, glimepiride) se sont avérés efficaces et sont associés à un risque d'hypoglycémie plus faible.

- **Insuline**

Les problèmes auxquels sont confrontés les personnes atteintes du diabète de type 2 sous insuline sont similaires aux problèmes liés au diabète de type 1 bien que l'incidence de l'hypoglycémie soit plus faible. De nouveau, l'objectif doit être de maintenir les taux d'insuline basale adéquats. Un objectif clé est de garder la production de glucose par le foie à des niveaux proches de la normale pendant le jeûne. Une stratégie efficace consiste à combiner une utilisation prudente des insulines intermédiaires ou d'action prolongée à une insuline d'action rapide administrée avant les repas.

2.2.5. L'APPROCHE CULTURELLE DANS LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE MUSULMAN

2.2.5.1. LA COMPÉTENCE CULTURELLE⁸¹

2.2.5.1.1. Définition

C'est la capacité de travailler efficacement au sein d'une autre culture.

Capacité qui permet à la fois de savoir analyser et comprendre les situations de contacts entre personnes et entre groupes porteurs de cultures différentes, et de savoir gérer ces situations.

Capacité à prendre une distance suffisante, par rapport à la situation de confrontation culturelle dans laquelle on est impliqué, pour être à même de repérer et de lire ce qui s'y joue comme processus et être capable de les maîtriser.

Capacité de gérer convenablement les aspects interculturels de son travail, et de préférence de profiter aussi des synergies interculturelles.

Elle consiste non seulement à comprendre la différence d'une autre culture mais de pouvoir continuer à communiquer efficacement à travers cette différence et de pouvoir s'y intégrer.

La compétence culturelle comprend :

Un niveau cognitif, un niveau communicatif et un niveau affectif.

Un ensemble d'aptitudes analytiques et stratégiques qui élargissent l'éventail des interprétations et d'actions de l'individu dans son interaction interpersonnelle avec des membres d'autres cultures.

Une conscience critique des caractéristiques distinctives d'une autre culture que la sienne.

⁸¹ THOMAS Marc- Centre de Médiation Interculturelle «La compétence interculturelle : un apprentissage » [En ligne]. Adresse URL http://www.mediation-interculturelle.com/IMG/pdf/TXT-Competence_intercult.pdf(page consultée le 03 du 12 2008)

2.2.5.1.2. Les trois dimensions de la compétence culturelle et leurs ressources

2.2.5.1.2.1. Savoir : les connaissances culturelles

Les connaissances générales (concepts...), sont parmi les ressources incorporées sur lesquelles reposent une compétence. Elles aident à la compréhension générale d'un phénomène, d'une situation, d'un objet, d'une organisation (théorèmes, lois, sociologie, histoire etc.) ou d'un contexte professionnel précis (culture du pays, traditions, alimentation, tenue vestimentaire etc.). Elles répondent à la question : comment ça marche ? Pour la compétence culturelle, les savoirs nécessaires les plus souvent cités sont principalement :

- La connaissance de la notion de culture en général
- La connaissance de sa propre culture
- La connaissance de la culture spécifique avec laquelle on va être en interaction. D'où l'importance des formations culturelles.

2.2.5.1.2.2. Savoir-faire : un univers opérationnel

Ce sont des savoirs actualisés par les leçons tirées de l'expérience. Nous y trouvons des savoir-faire opérationnels, expérientiels, relationnels, et cognitifs. Il s'acquiert par la lecture, l'étude de cas, le Jeu de rôle, les séjours à l'étranger, la pratique. L'expérience concrète, l'observation réfléchie, ou la conceptualisation abstraite.

Certains savoir-faire relatifs à la compétence culturelle relèvent de la compétence managériale c'est-à-dire : la capacité linguistique et communicative. C'est la capacité de transmettre un message d'une manière verbale et / ou non verbale (geste, sourire, mimique, attitude...)

La compétence linguistique permet de partager un code commun de communication avec une personne parlant une autre langue. La capacité communicative va au-delà de la compétence linguistique. Elle l'intègre et tient compte du processus de communication.

Cela requiert :

- Capacité comportementale
- Capacité d'adaptation
- Capacité de résolution des conflits issus des incompréhensions
- Capacité relationnelle
- Aptitude à nouer et entretenir des relations durables

- Capacité de négociation
- Effort de compréhension permanent

2.2.5.1.2.3. Savoir être

Ce sont les aptitudes et les qualités principalement constituées par les traits de personnalité.

L'ouverture d'esprit, la flexibilité et le cosmopolitisme sont souvent mis en avant dans les situations de travail à caractère international, global ou culturel.

Les personnes disposant d'une ouverture d'esprit présenteraient une capacité d'ajustement culturelle car ils ne prédisposent pas d'attitudes négatives vis-à-vis d'autres cultures. Leurs rapports aux valeurs (le bien du mal), aux normes (appropriées ou non appropriées) ne sont pas rigides et leurs permettent une facilité de compréhension de l'autre culture.

- L'empathie : c'est la faculté de se mettre à la place d'autrui.
- La tolérance : c'est le respect des opinions et des manières d'agir d'autrui
- La tolérance de l'ambiguïté: c'est la capacité à faire des concessions par rapport aux situations équivoques et imprévisibles.
- La capacité d'empathie culturelle .C'est la capacité de se mettre à la place de l'autre culturel. Une certaine sensibilité (prise de conscience par rapport à la différence de l'autre culture : croyances, valeurs, normes, artefacts etc.) est nécessaire.
- L'esprit d'initiative : c'est la capacité d'aller à l'avant des évènements, des situations.
- L'intelligence : c'est l'habilité à comprendre, à connaître, à concevoir
- L'indépendance
- L'optimisme
- L'humilité
- le sens de l'humour

2.2.5.1.3. L'exercice de la compétence culturelle⁸²

- Prendre du recul par rapport à ses propres repères

Connaître et apprécier ses propres repères culturels

Consentir à leur particularisme : ils ne sont pas universels !

Accepter qu'ils soient interrogés dans la rencontre avec « l'Autre »

- Prendre en compte les contextes asymétriques

Tous n'ont pas la même connaissance de la langue de l'autre

Les codes culturels de chacun facilitent plus ou moins ce type d'échanges

Le lieu où l'on est : chez soi, chez l'autre... Etc.

- Exprimer ses émotions et « ressentis »

Malaises personnels et tensions relationnelles

« Stress » acculturatif

Leur expression est favorisée, de manière verbale ou non verbale.

- Gérer les stéréotypes et les préjugés

Images de soi, images de l'autre...

Généralisation, catégorisation...

Expliciter les stéréotypes

Ne pas confondre la personne avec groupe ou son comportement

- Passer d'une attribution ethnocentrique à une attribution isomorphe

« Attribution » = sens que je donne à un comportement

« Ethnocentrique » =

- je juge le comportement de l'autre en fonction de mes propres critères

- dans une action négative accomplie par l'autre, j'ai tendance à accuser la personne

- dans une action négative accomplie par moi, tendance à accuser le contexte ou la situation

⁸² THOMAS Marc- Centre de Médiation Interculturelle «La compétence interculturelle : un apprentissage » [En ligne]. Adresse URL http://www.mediation-interculturelle.com/IMG/pdf/TXT-Competence_intercult.pdf(page consultée le 03 du 12 2008)

« Isomorphe » = je suis capable d'expliquer le comportement de l'autre de la même manière que lui et les membres de son groupe culturel l'expliquent.

- Analyser les « incidents critiques »

Incidents critiques : incompréhensions, tensions, violences qui se manifestent du fait de la différence culturelle ;

Analyser = nommer l'incident, se donner les moyens de parler du conflit et de le traiter.

- Acquérir une souplesse adaptative

Capacité d'adaptation et de souplesse, sans perdre son identité et ses convictions

- Tolérer l'ambiguïté

Accepter plusieurs points de vue :

Consentir à n'accéder à la réalité qu'à travers des représentations déformantes

Nommer l'absence de consensus

Accepter la frustration personnelle qui en découle

Rechercher les conditions de la coopération.

2.2.5.2. LA DÉMARCHE DE SOINS CULTURELLEMENT ADAPTÉS

Dans chaque culture il existe une façon de soigner, imbriquée dans les valeurs culturelles. Pour être efficaces, les soins infirmiers doivent être acceptables et congruents, en harmonie avec la culture du récipiendaire⁸³.

⁸³ LEININGER.M . Les soins infirmiers transculturels. *soins infirmiers* , Janvier 1995

2.2.5.2.1. Collecte des données⁸⁴

Dans la collecte des données l'infirmière doit évaluer l'héritage culturel de la personne lors de l'entrevue. Dès le moment où la personne décrit des aspects de son héritage culturel, on peut mieux la comprendre.

Le processus d'évaluation de l'héritage culturel et des traditions en matière de santé est important. L'infirmière doit faire preuve de sensibilité culturelle, c'est-à-dire elle doit reconnaître et respecter les comportements culturels du patient, dans le but de comprendre son point de vue. Avant de commencer l'évaluation de l'héritage culturel, l'infirmière doit déterminer la langue que parle la personne, ainsi que son degré de maîtrise du français selon le cas. Il est tout aussi important de déterminer les habitudes de la personne en matière de communication et d'orientation spatiale.

2.2.5.2.2. Analyse

L'infirmière doit continuer d'offrir des soins appropriés, quelque soit la culture du patient, et ce, en développant sa sensibilité culturelle. Elle doit tenir compte de l'influence de la culture sur la façon dont la personne réagit à ses affections, tout comme elle prend en considération les répercussions de l'âge ou du sexe sur le diagnostic infirmier ainsi que sur le plan de soins et traitements infirmiers.

2.2.5.2.3. Planification

La compétence culturelle consiste à utiliser et reconnaître la culture de l'autre pour résoudre un problème.

Les compétences nécessaires pour intégrer des soins culturels à une pratique de soins infirmiers exigent l'acquisition d'une connaissance approfondie des différents héritages culturels et des structures sociales qui ont façonné la personne. L'infirmière doit mettre en œuvre un plan de soins et traitements infirmiers adapté à la culture de la personne, et ce plan doit être établi en partenariat avec celle-ci.

⁸⁴ KOZIER, Barbara et autres. *Soins infirmiers : Théorie et pratique*, volume 1, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique inc., 2005, 912 p., (Adaptation française sous la direction de LONGPRÉ, Sophie et Lyne CLOUTIER).

2.2.5.2.4. Interventions

En soins infirmiers adaptés à la culture, les interventions comprennent : (a) le maintien et la préservation de la culture de la personne ; (b) l'adaptation de cette culture au contexte de soins ; (c) la négociation avec la personne. Le maintien de la culture peut intégrer l'utilisation des pratiques culturelles de la personne en matière de soins de santé (par exemple, préparation de tisanes, de bouillons ou d'aliments épicés).

La prise en compte du point de vue de la personne et la négociation des soins appropriés sont des tâches qui exigent des compétences en communication ; il faut notamment savoir réagir avec empathie, confirmer l'information et en résumer efficacement le contenu. La négociation est un processus de collaboration. Il s'agit de reconnaître la réciprocité de la relation entre l'infirmière et la personne et d'admettre les divergences de leurs perceptions en matière de santé, d'affections, de soins et de traitements.

L'infirmière doit tenter de combler le fossé qui sépare son point de vue scientifique du point de vue culturel de la personne. Au cours de la négociation, l'infirmière commence par explorer et reconnaître le point de vue de la personne.

Quand une personne choisit d'observer uniquement les traditions issues de sa culture et refuse toutes les interventions médicales ou infirmières prescrites, l'infirmière et la personne devront adapter les objectifs en fonction de cette contrainte. De façon réaliste et pratique, il faut parfois se contenter de surveiller l'état de santé de la personne pour repérer les changements éventuels et détecter les crises imminentes avant qu'il ne se produise quelque chose d'irréversible. Au moment de la crise, il est parfois possible de renégocier le plan de soins et de traitements.

Il est difficile d'offrir des soins adaptés à la culture. Il faut découvrir la signification du comportement de la personne, faire preuve de souplesse et de créativité, et posséder les connaissances nécessaires pour adapter les interventions infirmières. L'infirmière doit tirer des leçons de chaque expérience. Les connaissances ainsi acquises lui permettront de prodiguer de plus en plus des soins adaptés à la culture.

2.2.5.2.5. Evaluation

On procède à l'évaluation des soins interculturels, qui inclut l'héritage culturel et l'ethnicité, comme pour n'importe quelle autre évaluation des soins. L'infirmière doit comparer les résultats avec les buts et les résultats escomptés. Cependant, si les résultats escomptés ne sont pas atteints, l'infirmière doit revoir sa manière d'appréhender les croyances et les valeurs de la personne.

Si je me réfère à la théorie des soins transculturels de Leininger, cette démarche systémique s'élabore sous ces quatre étapes :

*Première étape*⁸⁵

Etudier la culture de l'autre, sur le plan de soins, des valeurs et des croyances relatives à la vie, la maladie, la santé, la guérison.

Deuxième étape

Découvrir les différences et similarités culturelles.

Troisième étape

Observer les modes de soin traditionnels : alimentation, soins aux nouveaux nés , nourrissons, enfants, femme enceintes , mères malades, etc.

Quatrième étape

Utiliser ces découvertes pour travailler avec les patients, adapter et négocier les changements indispensables avec eux.

⁸⁵ LEININGER.M . Les soins infirmiers transculturels. *soins infirmiers* , Janvier 1995

2.2.6. LES OBSTACLES À LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE SPÉCIFIQUES AU PATIENT DIABÉTIQUE MUSULMAN ET STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

Dans la littérature, on rencontre trois grandes catégories d'obstacles : **linguistique et éducatif, social et économique, culturel et religieux**. Cependant, je ne ferais pas allusion à l'obstacle social et économique dans ce MFE.

2.2.6.1. L'OBSTACLE LINGUISTIQUE ET ÉDUCATIF⁸⁶

La barrière de la langue est en effet souvent difficile à contourner lorsqu'elle s'installe. D'autant plus que le code déontologique du conseil international des infirmières (CII) souligne que « l'infirmière s'assure que l'individu reçoit suffisamment d'informations pour donner son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devrait recevoir. »⁸⁷ L'entourage peut faciliter cette communication entre patient et soignant. Mais lorsqu'ils sont absents, c'est le personnel qui fait office de traducteur. Dans l'équipe, on fait appel à un soignant qui parle la même langue que le patient. Si la communication reste toujours insatisfaisante, l'établissement peut faire appel à un médiateur culturel.

Le fait de ne pas parler la même langue que celle du pays d'accueil, peut entraîner chez un patient un isolement linguistique. On observera chez celui-ci, une difficulté de compréhension et de mise en pratique, une réticence à consulter. Tout cela entraînera un retard à la prise en charge et une mauvaise observance au traitement.

On le constate clairement, la fonction de médiation culturelle dans les soins de santé est une fonction spécifique qui laisse peu de place à l'improvisation et au bricolage d'autant plus qu'elle touche le domaine de la santé.

⁸⁶ RUEFF.A,CARPENTIER.B L'éducation thérapeutique des patients diabétiques maghrébins à Grenoble. *santé Education*, Paris, 3 février 2006.

⁸⁷ Code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII) pour la profession infirmière, Genève, 2000

En Valais, le médiateur culturel est honoré dans certaines situations par le Réseau Santé Valais.⁸⁸

2.2.6.2. LES OBSTACLES CULTURELS ET RELIGIEUX

2.2.6.2.1. Diabète : facteur de dévalorisation sociale

Le statut et l'acceptation sociale ont une valeur importante dans la culture musulmane⁸⁹. Malheureusement, le diabète provoque souvent chez le patient une remise en question d'un corps fort et bien nourri, une perte de l'aptitude au travail de force. Il peut aussi provoquer un sentiment de honte, surtout auprès de la population masculine car cette condition est fortement associée à l'impuissance. De ce fait, les personnes atteintes de diabète, sont amenées à bannir certains comportements en public susceptibles de trahir leur condition ; notamment la prise des médicaments en public, l'adoption d'un régime alimentaire qui ne correspond pas aux normes en vigueur dans la société, la modification subite des habitudes alimentaires et la perte de poids.

2.2.6.2.1.1. Action infirmière

Le patient doit bénéficier d'une meilleure information sur le diabète et la sexualité. Il convient à l'infirmière de montrer au patient qu'il est possible de prévenir certains troubles sexuels par un bon contrôle glycémique. Le jugement de la société doit être pris en considération lorsque l'on envisage tout changement de comportement. Dans cette optique, l'infirmière et le patient doivent travailler afin de trouver, dans la mesure du possible, des régimes alimentaires culturellement acceptables.

Lors de l'enseignement, l'infirmière doit transmettre un message éducatif sécuritaire et le choix du support éducatif adapté au patient.

⁸⁸ AVIC (Association Valaisanne des Interprètes Culturels) entretien du 23 Avril 2009

⁸⁹ KHOURY.Suha. L'approche culturelle de la thérapie du diabète au Moyen Orient. *Diabetes voice*, 2001, numero 1

2.2.6.2.2. Remise en question de la culture occidentale et donc de sa médecine

Il peut y avoir une remise en question de la culture occidentale chez certains patients originaires d'autres continents. Elle peut se manifester par une ambivalence au projet thérapeutique, une non-observance au traitement, une mauvaise compliance au suivi, un recourt à la médecine traditionnelle ou encore par un rapport conflictuel aux conseils diététiques.

2.2.6.2.3. Diabète : sanction divine, sanction expiatoire⁹⁰

Le patient diabétique musulman peut croire que le diabète est pour lui une sanction divine. Dans ce cas on observera un laxisme dans son hygiène de vie. Cela peut se manifester par une consommation excessive d'alcool, un abandon des pratiques religieuses.

2.2.6.2.4. Diabète : épreuve divine⁹¹

Dans le Coran, la maladie est considérée comme une épreuve divine.

2.2.6.2.5. Dieu est le véritable thérapeute⁹²

Si dans les croyances du patient, c'est Dieu qui peut le soigner, on observera un renforcement des pratiques religieuses (ex : le Ramadan), une suspicion vis à vis des soins proposés, des difficultés face à la chronicité de la maladie.

⁹⁰ RUEFF.A,CARPENTIER.B « l'éducation thérapeutique des patients diabétiques maghrébins à Grenoble », *santé Education*, Paris, 3 février 2006.

⁹¹ Ibidem

⁹² Ibidem

2.2.6.2.5.1. Actions infirmières

L'infirmière dans sa pratique doit prendre en compte la culture et la religion du patient :

- En manifestant de l'intérêt
- Elle doit discuter avec le patient et favorises chez lui, l'expression de ses représentations, de ses habitudes de vie, des objections face aux propositions thérapeutiques.
- En s'appuyant ses représentations face à la maladie
- L'infirmière doit s'appuyer sur les représentations du patient pour lui donner des conseils diététiques, et de mode de vie elle pourra utiliser au besoin certains préceptes coraniques.
- En respectant les fondements culturels et religieux
- Le respect des fondements culturels permet d'éviter certains conflits entre patient et soignant. Les conseils diététiques seront appuyés sur les habitudes traditionnelles.
(Ingrédients, préparation, composition des repas).

2.3. INTERDISCIPLINARITÉ : LE RÉSEAU INTERDISCIPLINAIRE EXISTANT EN VALAIS POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE MUSULMAN PRATIQUANT

2.3.1. DÉFINITION DE L'INTERDISCIPLINARITÉ

Dans un premier temps je vais définir l'interdisciplinarité et les autres types de collaboration entre les disciplines. Ensuite je vais faire ressortir la nécessité du mode de fonctionnement interdisciplinaire en diabétologie. Ensuite je parlerai de l'essentiel du travail interdisciplinaire qui doit être d'abord axé sur le patient et son entourage. Je décrirai la composition de l'équipe interdisciplinaire au CHUV à Lausanne, les responsabilités qui incombent à ses membres et la complémentarité de leurs rôles. Enfin je parlerai du rôle de l'infirmière clinicienne en diabétologie dans cette équipe interdisciplinaire.

Interdisciplinarité, pluridisciplinarité, multidisciplinarité, transdisciplinarité, autant de concepts dont la définition comporte des ambiguïtés sur un continuum présentant différents degrés de collaboration entre les intervenants, Dussault situe l'interdisciplinarité au pôle où la collaboration est la plus grande.

La *transdisciplinarité* concerne, comme le préfixe "trans" l'indique, ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au delà de toute discipline. Sa finalité est la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance. Transdisciplinarité se distingue ainsi de la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité en ce sens qu'elle déborde les disciplines d'une part, mais surtout d'autre part que sa finalité ne reste pas inscrite dans la recherche disciplinaire proprement dite.

La *multidisciplinarité* synonyme de pluridisciplinarité, est une juxtaposition d'expertises différentes, une utilisation en parallèle de plusieurs disciplines qui n'ont pas de rapports entre elles. La multidisciplinarité⁹³ est une approche « discipline par discipline » la conçoit comme modèle de parallélisme disciplinaire. Dans ce modèle, les professionnels décident unilatéralement de ce qui convient au patient.

Une nette distinction ressort donc entre les notions de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité. L'équipe *multidisciplinaire* est la juxtaposition de compétences différentes ; le résultat est la somme des contributions de chaque discipline membre.

Par contraste l'équipe *interdisciplinaire* constitue l'intégration de compétences différentes ; le résultat est la synergie des contributions disciplinaires et la formulations d'objectifs communs. Les objectifs seront atteints grâce à une série d'actions coordonnées, décidées par des personnes fermement résolues à travailler ensemble dans la même direction. L'interdisciplinarité reflète davantage la conception du travail d'équipe auprès du patient diabétique avec une action commune et dans la même direction.

2.3.2. COMPÉTENCE INTERDISCIPLINAIRE

Le patient diabétique doit être compris dans sa globalité et aidé de manière précise et efficace. Cependant, la multiplicité et l'interaction des problèmes de santé chez ce patient, combinées à la complexité des soins et services, pose des défis qu'aucune profession ne saurait relever à elle seule. La mise en commun des compétences propres à diverses disciplines s'impose : l'interdisciplinarité devient essentielle.

⁹³ Ibidem

2.2.3. JUSTIFICATION DE L'INTERDISCIPLINARITÉ EN DIABÉTOLOGIE⁹⁴

Les interactions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles sont nombreuses chez un patient diabétique musulman pratiquant. De plus, les complications dues au diabète sont multiples et affectent plusieurs systèmes donc fait appel à plusieurs professionnels spécialisés. L'interdisciplinarité permet d'exploiter les avantages de la sectorisation des tâches inhérentes à la spécialisation, tout en palliant, par une coordination efficace du travail de chacun, le morcellement du travail que chaque spécialisation provoque inévitablement. La complexité des soins d'un patient en état de santé chronique nécessite une approche globale et intégrée. Une équipe interdisciplinaire constitue donc une approche bénéfique pour centrer les soins sur les besoins et les attentes du patient diabétique et de sa famille.

2.2.3.1. LES PRINCIPES DE BASE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ⁹⁵

- Chaque intervenant possède des connaissances et des compétences spécifiques
- Chaque intervenant possède des compétences communes avec les autres membres de l'équipe.
- La primauté de toute intervention est le patient et sa famille
- La question à se poser est : « quels sont les besoins du patient ? »

2.2.3.2. LES OBJECTIFS DE L'INTERDISCIPLINARITÉ

- Permettre de travailler tous dans la même direction (objectif commun) afin que le patient et sa famille aient les meilleurs services.
- Permettre une cohérence dans les soins et les services donnés grâce à la coordination de toutes les actions menées auprès du patient et de sa famille

⁹⁴ KOZIER, Barbara et autres. *Soins infirmiers : Théorie et pratique*, volume 1, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique inc., 2005, 912 p., (Adaptation française sous la direction de LONGPRÉ, Sophie et Lyne CLOUTIER).

⁹⁵ Ibidem

Les avantages

- L'interdisciplinarité offre une meilleure perception des besoins car ils sont vus dans leur globalité par plusieurs intervenants dans des contextes différents
- Mise en commun de l'ensemble des connaissances médicales, de soins, d'interactions sociales
- Le travail en équipe stimule la créativité
- Permet d'assurer une meilleure continuité des soins
- Favorise un enrichissement par le partage de diverses expertises
- Une concentration des efforts et une synergie des actions.

2.2.3.3. LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

- Développer une vision commune des rôles des différents intervenants supposant une reconnaissance réciproque des compétences
- Apprendre à dépasser sa discipline
- Le véritable travail en interdisciplinarité n'apparaît que lorsque les points de vue de chacune des disciplines commencent à s'intégrer, voire à se dépasser vers une vision plus globale.
- Etre capable de partager ses idées et son expertise. Posséder une ouverture d'esprit (écoute). Toutefois cela ne signifie pas qu'on ne pourrait pas exprimer ses désaccords et proposer des alternatives.
- Bonne circulation de l'information entre les intervenants concernés.
- Développer une réelle relation de confiance les uns envers les autres
- Une bonne communication est indispensable
- Avoir une structure pour régler les conflits
- Mettre la parole du patient au centre

L'infirmière clinicienne coordonne le travail d'équipe et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire.

2.2.4. EXEMPLE DE CAS : L'ÉQUIPE DE LA CONSULTATION INTERDISCIPLINAIRE DU « PIED DIABÉTIQUE » AU CHUV (CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU CANTON DU VAUD)

Le Service de Chirurgie Vasculaire, la Division d'Angiologie, le Service de Dermatologie, le Service d'Orthopédie et la Division des Maladies Infectieuses ont mis sur pied un colloque interdisciplinaire du pied diabétique.

Ce colloque est ouvert à tous les médecins et praticiens qui désirent soumettre les documents de patients, afin d'obtenir une attitude diagnostique ou thérapeutique. La consultation a lieu une fois par mois dans le service de chirurgie sceptique. La consultation est composée de plusieurs professionnels :

- Médecin diabétologue
- Chirurgien orthopédiste
- Chirurgien vasculaire
- Médecin angiologue
- Médecin spécialiste de l'infection
- Dermatologue
- Infirmière spécialiste des plaies
- Infirmière spécialiste de l'infection
- Infirmière en diabétologie
- Le bottier orthopédiste de la maison Kern
- La podologue du CHUV
- La secrétaire qui prend des notes.

Tous les spécialistes auscultent le pied du patient, chacun donne son avis au sujet de la situation, émet des propositions et prescrivent ensemble un traitement.

L'avantage de cette consultation est que les décisions sont prises ensemble et le patient n'a pas besoin de passer de spécialiste en spécialiste.

2.2.5. LE RÉSEAU INTERDISCIPLINAIRE EXISTANT EN VALAIS POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE MUSULMAN

En Valais nous avons plusieurs professionnels qui œuvrent autour des patients diabétiques musulmans :

2.2.5.1. LE CORPS MÉDICAL

La prise en charge du patient diabétique mobilise les compétences non seulement du médecin traitant mais aussi de différents spécialistes. Tous les mardis après-midi à l'hôpital de Sierre a lieu la consultation du pied diabétique. Cette consultation comprend : le médecin diabétologue, l'angiologue, l'infectiologue, la chirurgienne orthopédique et le chirurgien plasticien⁹⁶.

2.2.5.2. LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La diététicienne, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le psychologue, le médiateur familial, l'équipe soignante (infirmière, assistante en soins, aide soignante, auxiliaire de santé...), la podologue, sont les professionnels qui peuvent servir de ressource à l'infirmière clinicienne en diabétologie dans la prise en charge du patient diabétique.

2.2.5.3. ASSOCIATION VALAISANNE DU DIABÈTE (AVSD)

Le but de l'AVsD est l'amélioration de la qualité de vie des personnes diabétiques, enfants ou adultes, dans le canton du Valais.

Au service des patients diabétiques, l'AVsD répond à toutes attentes relatives à la prise en charge du diabète:

⁹⁶« Consultation du pied diabétique » Association Valaisanne du diabète, brochure destinée au patient.

- Conseils dans le domaine de la santé
- Enseignement personnalisé à la gestion de la maladie
- Enseignement diététique
- Cours de cuisine
- Démonstration et vente de matériel
- Aide dans le choix du matériel
- Organisation de réunions pour les diabétiques (formation, activités sportives etc.)
- Encadrement et formation de l'enfant diabétique et de son entourage

2.2.5.4. ASSOCIATION VALAISANNE POUR L'INTERPRÉTARIAT COMMUNAUTAIRE (AVIC)

L'association valaisanne pour l'interprétariat communautaire s'est constituée en 2002, sur l'initiative d'un groupe de migrants résidant en Valais. Elle regroupe des interprètes formés qui interviennent sur demande, principalement dans les domaines de la santé, du social et de l'école du canton du Valais. L'association regroupe 18 interprètes et assure des traductions en 25 langues. Les interprètes de l'AVIC ont suivi la formation d'interprète médiateur culturel auprès d'Appartenances à Lausanne. L'AVIC garantit le secret professionnel, la conformité, la neutralité et la confidentialité des entretiens pour lesquels ses interprètes sont engagés. Cette association encourage les institutions à travailler avec des interprètes formés, pour éviter le recours inadapté à des tiers (enfant, famille, ami) face à certaines situations complexes de soins.

2.2.5.5. LE CENTRE CULTUREL ISLAMIQUE

Le centre culturel islamique développe⁹⁷ les outils qui permettraient un meilleur épanouissement spirituel, social et culturel de la communauté musulmane en offrant

⁹⁷COMPLEXE CULTUREL DES MUSULMANS DE LAUSANNE [En ligne]. Adresse URL: http://centre-islamique.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=6 (page consultée le 05.03.2009)

notamment à ses membres, des services répondant à leurs spécificités musulmanes et favorisant leur intégration dans la société suisse.

Il permet la rencontre entre les membres de la communauté musulmane en leur offrant un cadre de vie spirituelle et socioculturelle islamique, en harmonie avec la société suisse à laquelle ils appartiennent.

L'imam est la personne qui dirige la prière en commun. C'est de préférence la personne qui est la plus savante dans la connaissance des rites de l'islam.

Lorsque le besoin se fait ressentir, l'infirmière peut solliciter l'intervention de l'imam. Surtout lorsque des facteurs spirituels interfèrent dans la prise en charge du patient musulman et empêchent l'observance au traitement.

En Valais, ce centre est situé à la rue du stade 4, 1920 Sion.

2.2.5.6. LES AUTRES ASSOCIATIONS

L'infirmière clinicienne en diabétologie peut faire recours à d'autres associations telle que :

Association pour aveugles, le centre Suisse immigré, l'association pour handicapés etc....

3 EME PARTIE :
METHODOLOGIE ET
ANALYSE

3.1. MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, j'expose de manière précise les différentes étapes de ma démarche méthodologique de mon mémoire de fin d'études.

Tout d'abord, j'explique le type de recherche entreprise, avec ses caractéristiques générales. Je parle ensuite du type et de la taille de l'échantillonnage choisi pour ma recherche. Dans le sous-chapitre suivant, je nomme l'outil choisi pour les investigations empiriques, j'expose sa construction, son pré-test ainsi que le déroulement de son utilisation. C'est également ici que j'aborde les principes éthiques et la protection des données.

Le dernier sous-chapitre traite du type d'analyse des données choisi, de ses caractéristiques, ainsi que de la procédure d'analyse choisie pour ce travail de recherche.

3.1.1. APPROCHE QUALITATIVE

Mon travail de recherche s'inscrit dans une démarche qualitative explicative.⁹⁸ Cette démarche résulte d'une constatation, d'une observation, qui m'a menée à une question de départ. A partir de cette question, j'ai fait un certain nombre de recherches et de lectures, afin de recueillir des informations et des éléments pertinents pour mon travail. J'ai ensuite présenté et explicité des concepts qui sont en lien direct avec ma question de départ, et qui me paraissent pertinents pour l'analyse et l'interprétation des contenus. L'explicitation de ces cadres conceptuels m'a ensuite permis de construire une problématique, ce qui a favorisé l'aboutissement à une question centrale de recherche.

J'ai ensuite posé trois hypothèses pouvant répondre à cette question. Afin d'y répondre, j'ai effectué des entretiens semi-directifs auprès des infirmières cliniciennes Valaisannes pour savoir les obstacles à la prise en charge du patient diabétique musulman ainsi que leurs besoins.

⁹⁸ AKTOUF.O .Méthodologie des sciences sociales et Approche qualitative des organisations.*une introduction à la démarche classique et une critique*.Montreal :Les presses de l'Université du Québec,1987,231pp.

Ensuite j'ai effectué d'autres entretiens auprès des membres de l'équipe multidisciplinaire qui gravitent autour du patient diabétique pour affiner mon cadre de référence.

Dans ma démarche méthodologique, j'ai posé des objectifs précis, afin de conserver un fil rouge tout au long de mon travail. De plus, j'ai repris les cadres conceptuels posés en début de recherche, afin de réaliser une analyse complète et précise du contenu des entretiens.

3.1.2. ECHANTILLON

Mon travail de recherche traite de l'approche culturelle, dans la prise en charge des patients diabétiques musulmans pratiquants, par des infirmières cliniciennes en Valais. Pour effectuer cette recherche, je me suis penchée vers les infirmières cliniciennes en diabétologie du Valais romand.

C'est pourquoi j'ai choisi un échantillonnage typique ou raisonné (choix raisonné du chercheur) de type boule de neige⁹⁹. Ce type d'échantillonnage très utilisé pour les démarches qualitatives permet au chercheur de sélectionner une population précise en lien avec sa problématique et ses objectifs de recherche. Il est important de garder à l'esprit qu'un tel échantillonnage n'est pas représentatif mais reste ponctuel et précis dans le temps ; c'est pourquoi il est important de ne pas tirer des généralités à partir des résultats obtenus.

La population d'infirmières cliniciennes en diabétologie étant restreinte en Valais romand (sept infirmières cliniciennes spécialisées en diabétologie). Je n'ai pas formulé d'autres facteurs d'exclusion. Je ne pouvais donc pas rajouter de critères d'exclusion tels que l'âge ou les années d'expériences plus élevées, car cela ne m'aurait pas permis de faire le nombre d'entretiens nécessaire à une analyse pertinente.

⁹⁹ Ibidem

3.1.3. OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES

3.1.3.1. CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN

L'entretien semi- structuré, utilisé dans le cadre de cette étude s'avère tout à fait pertinent pour répondre aux questions de recherche puisqu'il s'agit d'une méthode de collecte des données qui permet la compréhension du sens du phénomène à l'étude tel que perçu par les infirmières.

C'est en formulant ma grille d'entretien (*cf. Annexe 7*) que je me suis rendue compte que des entrevues structurées seraient idéales pour répondre à mes attentes. Ils garantiront à la fois l'authenticité des témoignages et la précision des réponses tout en ciblant les éléments qui me semblent primordiaux.

Lors de la construction, j'ai privilégié des questions ouvertes de type descriptif qui permettent à la personne interrogée de s'exprimer librement et minimise mon influence potentielle relativement au contenu de l'échange.

J'ai ensuite réalisé un tableau (*Annexe 7*), comprenant ma question de recherche, mes hypothèses, ainsi que mes objectifs de recherche. La mise en place de ce tableau m'a permis d'avoir une vision globale de mes objectifs, ainsi que de ma question centrale, de façon à élaborer des questions reprenant des éléments de mes objectifs, ainsi que de mes hypothèses, ceci afin de conserver l'idée principale de mon travail.

J'ai tout d'abord posé des questions d'ordre général, en essayant de les formuler le plus simplement possible. Puis sous chaque question générale, j'ai posé des sous questions, plus précises, me permettant de relancer, de clarifier, ou de préciser certaines réponses, lors des entretiens.

J'ai divisé mon entretien en quatre parties correspondant à mes objectifs de recherche :

La première partie porte sur le rôle de l'infirmière clinicienne en diabétologie.

La deuxième partie m'aide à identifier les facteurs culturels qui font obstacles à la prise en charge du patient diabétique musulman pratiquant en Valais.

La troisième partie de l'entretien me permet d'identifier les obstacles qui proviennent du soignant.

La dernière partie de l'entretien me permet d'identifier les besoins de l'infirmière en diabétologie, de voir aussi si celle-ci utilise, de façon adéquate les ressources qui sont à sa disposition.

Quatre questions principales, de type ouvert, ont été élaborées afin de répondre aux objectifs de recherche ci-dessus.

J'ai soumis cette grille à ma directrice de mémoire, qui m'a proposé quelques questions supplémentaires, avant de me donner l'aval pour débiter les entretiens.

Quatre questions principales ainsi que des relances composent ma grille d'entretien. Elle comporte des questions ouvertes ainsi que d'autres plus fermées qui visent une exploration complète de ma problématique.

Un tel outil d'investigation pose ¹⁰⁰deux types de problèmes : des problèmes techniques liés à la façon de préparer et de diriger un entretien et des problèmes humains liés au courant émotionnel et à l'interaction d'ordre purement affectif qui s'installent entre le questionneur et le questionné.

¹⁰⁰ AKTOUF.O .*Méthodologie des sciences sociales et Approche qualitative des organisations.une introduction à la démarche classique et une critique.* Montréal : Les presses de l'Université du Québec, 1987,231pp.

3.1.3.2. PRÉ-TEST DE L'ENTRETIEN

Avant de démarrer ma véritable collecte de données auprès des professionnelles, j'ai effectué un pré-test auprès de deux infirmières d'un service de médecine qui sont en contact permanent avec les patients diabétiques, vu le nombre limité d'infirmières cliniciennes en diabétologie qu'il y a en Valais. Ensuite j'ai essayé d'analyser ces entretiens et j'ai ainsi pu vérifier la pertinence de mes questions en lien avec mon objet de recherche et la possibilité d'exploitation des données (éléments suffisants).

A la suite de l'écoute répétée de l'entretien, j'ai modifié partiellement mes questions afin que les réponses correspondent au mieux à mes attentes et que le corpus des données soit exploitable dans mon analyse.

3.1.3.3. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Au début de chaque entretien, j'ai passé suffisamment de temps pour bien expliquer à l'interviewé l'objet de l'entretien, les motifs, l'usage qui sera fait des réponses, et les modalités selon lesquelles se déroulera l'entrevu (temps, méthode, mode d'enregistrement, anonymat...)

Les entrevues ont été enregistrées sur une bande audionumérique. La durée des six entrevues a été de 35, 51, 46, 25,36 et 64 minutes. Ensuite, mot à mot, chacune des trames narratives a été transcrite dans un fichier informatique.

Je ne pense pas avoir obtenu le seuil de saturation des données, car des informations nouvelles sont ressorties à chaque entretien.

3.1.4. PRINCIPES ÉTHIQUE ET PROTECTION DES DONNÉES

Lors de la réalisation de mon travail de recherche, j'ai respecté les règles et principes éthiques qui visent à protéger toutes personnes impliquées dans ce mémoire.

Ces principes consistent à protéger ces intervenants contre d'éventuels dommages tels que le non respect de l'anonymat.

Toutes les personnes interrogées sont libres d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Pour pouvoir prendre une décision, elles ont le droit d'être informées sur la forme et le contenu de la démarche. Les intervenantes ont également le droit de se retirer de l'enquête à n'importe quel moment sans conséquences négatives.

Après avoir choisi la population concernée pour cette étude, j'ai adressé une lettre individuelle aux infirmières de l'association Valaisanne du diabète, et une autre lettre explicative à la direction des soins du CHCVs pour interroger l'infirmière clinicienne du réseau santé Valais. (*Voir Annexe 8*).

J'ai ensuite contacté directement les personnes ayant accepté de participer à l'étude afin d'organiser et de planifier les entretiens.

Chacune des participantes a reçu deux documents: « Information destinée aux personnes participant à l'étude » (*cf.: Annexe 9*) ainsi que le « Formulaire de consentement éclairé » (*cf.: Annexe 10*) qu'elles ont approuvé et signé avant d'effectuer l'entretien. Dans ces deux documents figurent les droits des participantes, tels que l'anonymat des données, le droit de demander des précisions ou encore de refuser de répondre aux questions.

Les bandes son et les entretiens retranscrits dans leur totalité seront détruits en fin de travail, c'est-à-dire au plus tard pour septembre 2009.

3.2. ANALYSE

Ce chapitre présente une discussion des résultats obtenus lors de l'étude. Aussi, ce chapitre présente une analyse brute des données et une interprétation en lien avec le cadre théorique.

3.2.1. ANALYSE ET INTERPRÉTATION EN LIEN AVEC LE CADRE THÉORIQUE

3.2.1.1. ANALYSE DES DONNÉES BRUTES

3.2.1.1.1. 1ère partie: rôle de l'infirmière clinicienne

	Anamnèse globale	Prévention	Education thérapeutique							Confiance	Croyance	Représentation de la	Formation	Recherche / développement	Autres
			Evaluation	Autocontrôle	Equilibre	Activité	Réseau	Informatio	Enseignem ent						
Entretie															
N°1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		Aiguiller le patient à sa sortie vers les inf. de l'association	
N°2	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X			Faire prendre conscience, encourager,	
N°3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Occupe plusieurs fonctions	
N°4			X	X	X	X									
N°5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
N°6		X	X	X	X	X	X	X	X						

3.2.1.1.2. 2ème partie : les facteurs culturels et spirituels qui font obstacle à la prise en charge du diabète chez le musulman

	Linguistique & éducatif		Culturel et religieux							
	langue	autres	Rites et pratiques Religieuses :	Diabète facteur de dévalorisation	Remise en question	Diabète : sanction	Diabète : Epreuve	Dieu le véritable thérapeute	autres	
N°1	X		X	X						
N°2	X		X							
N°3	X		X		X	X	X		Cercle familial, poids de la famille, finances	
N°4	X		X							
N°5	X		X				X		gestion du voyage, de l'insuline avec le décalage alimentation	
N°6	X		X						alimentation	

Problèmes: langue, diverses croyances, rites et pratiques religieuses: Ramadan

3.2.1.1.3. 3me partie : les obstacles / représentations de l'infirmière

entretien N°1	entretien N°2	entretien N°3	entretien N°4	entretien N°5	entretien N°6
Peur de l'inconnu	Peur de mal faire	Peur De l'inconnu	Peur De l'inconnu	Peur Peur de faire faux, de dire des choses pas correctes...	peur
Pas d'expérience	Peu d'expérience	Peu d'expérience	Pas d'expérience	Pas d'expérience	Peu d'expérience
		ignorance			
		Ne pas savoir comment aller à la rencontre de l'autre			

Problèmes: peur, manque d'expérience

3.2.1.1.4. 4e partie : les ressources/besoins de l'infirmière

- Les ressources de l'infirmière

entretien N°1	entretien N°2	entretien N°3	entretien N°4	entretien N°5	entretien N°6
Corps médical Diabétologue Med. traitant		Corps médical Diabétologue Med. traitant	Corps médical	Corps médical	Corps médical
inf, inf de l'association assc, aide		Soignants, assistant social	Internet	soignants	Assistante sociale
diététicienne		Psy	Littérature		diététicienne
physio		PMU Lausanne	PMU Lausanne	PMU Lausanne	Physio, ergo thérapeute
cms		Physio, ergo			cms

Mémoire de fin d'étude

		Autres associations : pour aveugles, croix rouge, etc ;		Diverses associations	associations
		Famille / tuteur			
		Littérature, Internet			
Personne externe, famille		secrétaire		famille	Entourage patient

- Les besoins de l'infirmière

entretien N°1	entretien N°2	entretien N°3	entretien N°4	entretien N°5	entretien N°6
Cours sur les soins culturels		Cours sur les soins culturels	« On n'a pas un brassage de population en	cours	cours
Formation continue		témoignages	Valais, l'approche culturelle n'est pas un problème primordial... »	Formation continue	Formation continue
					« Intéressée sur tout ce qui touche la femme musulmane ... »

3.2.1.2. INTERPRÉTATION EN FONCTION DU CADRE THÉORIQUE

3.2.1.2.1. 1ère partie: rôle de l'infirmière clinicienne

Les propos recueillis lors des entretiens montrent que ces infirmières définissent clairement leur rôle. Elles affirment également à l'unanimité que, le but de leurs interventions auprès du patient est de le rendre le plus autonome possible.

Les infirmières ont exprimé chacune à leur manière la complexité de la prise en charge d'un patient souffrant d'une pathologie chronique en général, et du diabète en particulier. L'une a dit : « *C'est très difficile, c'est un travail de longue haleine....* », et une autre « *... il faut répéter, répéter, et beaucoup répéter...* ».

Tout cela démontre que, l'infirmière clinicienne devrait être une professionnelle performante, qui a développé des connaissances approfondies sur le diabète, et qui met ses compétences au service du patient et de son entourage.

Les rôles qui ont été recensés sont les suivants :

- **Evaluation du patient**

Selon Orem, les soins infirmiers visent à aider la personne à surmonter ses limites dans l'exercice d'autosoins. Ceci dit, avec la collaboration du patient, l'infirmière clinicienne recueille les données auprès de celui-ci, évalue ses besoins, et pose les diagnostics infirmiers.

Dans le cadre de référence, je me suis inspirée de la théorie de Maslow et j'ai classé les besoins du patient diabétique musulman en 4 catégories :

besoin physiologique, besoin d'autonomie et d'apprentissage, besoin psychologique et le besoin spirituel.

- **Rôle curatif**

Après avoir évalué les besoins du malade et posé un diagnostic infirmier, l'infirmière en diabétologie est appelée à prodiguer des soins au patient.

- **Rôle éducatif**

Orem définit le rôle de l'infirmière comme consistant à amener le patient à adopter une attitude responsable face à ses autosoins.

L'éducation thérapeutique est très importante, c'est une grande tâche pour l'infirmière auprès du patient et de son entourage. Cela implique la collaboration du patient, et lui permet d'être autonome.

- **Promouvoir la santé, prévenir le diabète et ses complications**

Dans sa théorie de l'humain en devenir, Parse met l'accent sur la façon donc le patient choisit ses habitudes de santé et en assume la responsabilité. Selon Parse, le rôle de l'infirmière consiste à aider la personne et sa famille à choisir la possibilité de changer le processus de santé. Selon Parse, l'environnement et la personne participent à leur cocréation. Le rôle de l'infirmière est de faire ressortir la signification et de synchroniser les rythmes, elle est un témoin attentif aux changements de sens alors que le patient vit ses priorités de valeurs.

- **Rôle d'écoute, d'accompagnement de soutien et de conseil**

En développant une relation de confiance avec le patient, l'infirmière identifie et prend en compte toutes les représentations et croyances du patient afin de les intégrer au projet de soins. Elle aide le patient à répondre à ses besoins psychologiques et spirituels.

- **Diététique**

Un autre rôle de l'infirmière est celui d'aider le patient à avoir une bonne hygiène de vie au travers des principes diététiques.

- **Recherche**

L'infirmière clinicienne contribue au développement de la recherche en soins infirmiers et interdisciplinaire

- **Gestion**

L'infirmière clinicienne joue aussi un rôle de gestionnaire au sein d'une équipe de soins.

De plus, l'infirmière clinicienne, lorsqu'elle exerce en milieu hospitalier, doit organiser le suivi du patient diabétique à domicile au moment de sa sortie.

Dans la définition de leur rôle, ces infirmières ont surtout mis l'accent sur l'éducation thérapeutique du patient. On pourrait se demander :

« Pourquoi l'éducation thérapeutique serait-il le rôle le plus important pour l'infirmière clinicienne, dans la prise en charge du patient diabétique? »

Pour répondre à cette question je me suis penchée sur le chapitre « théorie sur le diabète » de mon cadre de référence.

Le traitement du diabète de type 1 est l'insuline et celui du diabète de type de 2 c'est surtout une combinaison de principes diététique, et de l'activité physique. Eduquer le patient à ces traitements, lui permet **d'améliorer son équilibre métabolique** et d'atteindre les objectifs fixés.

De plus, si le patient réussit à améliorer son équilibre métabolique à l'aide des enseignements reçus, il évite toutes les complications métaboliques telles que l'hypoglycémie, l'acidose diabétique ou encore le coma hyperosmolaire.

On peut donc déduire qu'une bonne éducation thérapeutique permet de **prévenir les accidents aigus** et les **complications**.

On peut aussi déduire qu'une bonne éducation thérapeutique améliore la qualité de vie du patient dans le sens où, elle permet de retarder toutes les complications chroniques du diabète telle : la neuropathie, la néphropathie, le pied diabétique, la rétinopathie.

Donc en conclusion, l'éducation thérapeutique est un rôle majeur pour l'infirmière clinicienne en diabétologie, car elle permet au patient d'acquérir des compétences pour entretenir et développer son capital santé.

Pour terminer, le **rôle de recherche** a été *moins mis en avant* car les institutions dans lesquelles travaillent ces infirmières ne leur offrent pas la possibilité de faire de la recherche. Celles-ci sont également très débordées par la prise en charge du patient et de son entourage.

En résumé

Les infirmières cliniciennes valaisannes en diabétologie définissent clairement leur rôle. Elles ont exprimé chacune à sa manière, la complexité de la prise en charge du patient diabétique, et définissent l'éducation thérapeutique comme étant leur rôle principal.

Le but de l'infirmière clinicienne en diabétologie est d'améliorer la santé du patient. Celle-ci accompagne la personne et son entourage dans les autosoins thérapeutiques et l'aide à atteindre son plus haut niveau d'autonomie.

Pour cela, l'infirmière doit assumer de nombreux rôles dans l'exercice de ses fonctions, donc celui de soignante, éducatrice, accompagnante, gestionnaire, consultante, conseillère et chercheuse.

L'éducation thérapeutique permet au patient d'améliorer son équilibre métabolique, sa qualité de vie, de prévenir les accidents aigus et les complications dus au diabète.

L'infirmière clinicienne aide également le patient dans la recherche du sens à son vécu, en cocréant avec lui une relation selon ses propres perspectives.

3.2.1.2.2. 2ème partie : les facteurs culturels et spirituels qui font obstacle à la prise en charge du diabète chez le musulman en valais

Les facteurs suivants sont clairement ressortis des propos des infirmières interrogées comme étant des obstacles à la prise en charge : langue, diverses croyances, rites et pratiques religieuses: Ramadan. J'ai détaillé tous ces facteurs ci-après.

Nous verrons dans la suite du travail que, ces différents facteurs engendrent des problèmes qui influent sur la santé du patient et sur sa prise en charge. Ces problèmes ont été relevés sous forme de diagnostic infirmiers.

3.2.1.2.2.1. La langue

La classification de l'Office Fédérale de la Statistique (OFS) montre qu'en Valais les musulmans sont ressortissants de pays tels que : l'ex Yougoslavie, la Turquie, l'Afrique (en particulier les pays du Maghreb et la Somalie) et qu'une minorité sont d'origine suisse. Ceci prouve que face à un patient provenant d'un de ces pays, il se peut qu'une barrière linguistique s'installe surtout si ce patient est nouvellement établi en Suisse.

Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière doit fournir toutes les informations nécessaires au patient et s'assurer que celui-ci a bien compris ses soins et la nécessité de son traitement. Il donne donc son consentement éclairé et devient partenaire des soins qui lui sont prodigués.

Comme il est ressorti plus haut, les infirmières interrogées pensent que leur rôle primordial auprès du diabétique est l'éducation thérapeutique. Une meilleure compréhension entre le soignant et le soigné participe à un meilleur enseignement et une bonne observance du patient face à son traitement, et augmente la qualité des soins. Cela permet aussi à l'infirmière d'évaluer le patient et de mettre en place ou d'ajuster le projet de soins.

Dans cette démarche, l'infirmière peut collaborer avec le **médiateur culturel** ou le soignant de même culture pour effectuer une évaluation des facteurs d'ordre personnels, et communiquer la signification du résonnement de l'infirmière au patient.

Ce médiateur interculturel va aussi permettre au patient de pouvoir faire un **choix éclairé**, car il a plusieurs fonctions :

- Améliorer la communication entre les patients, leurs familles et les professionnels de santé.
- Informer le personnel soignant sur les caractéristiques, culturelles et religieuses des patients et les modes d'expression relatifs à la santé, à la maladie.

En résumé

Les infirmières ont affirmé à l'unanimité que la barrière linguistique est parmi les problèmes majeurs rencontrés chez le diabétique musulma. Pour pallier à cela, il vient en consultation accompagné d'un proche qui est le traducteur.

En Valais, selon l'OFS, les musulmans proviennent essentiellement des pays suivant :

L'ex Yougoslavie, la Turquie, l'Afrique(en particulier les pays du Maghreb et la Somalie) l'Iran, l'Irak et la Suisse La plupart de ces pays ne sont ni francophones ni germanophone, d'où le risque pour l'infirmière de rencontrer un problème de communication face à un tel patient.

Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière doit fournir toutes les informations nécessaires au patient et s'assurer que celui-ci a bien compris le soin et la nécessité de son traitement : d'où l'utilisation d'un médiateur culturel.. Le patient dans cette situation donne donc son consentement éclairé et devient partenaire du soin qui lui est proposé, ce partenariat augmentera la qualité du soin.

L'interprétariat doit être assuré par une personne ayant une formation reconnue pour éviter à un proche le « port de la souffrance » du patient. Cela favorise aussi le respect du secret professionnel au sein de l'institution.

La place des médiateurs culturels est essentielle dans la relation de soins au patient musulman qui ne parle pas la même langue que l'infirmière. Elle permet une meilleure communication, d'éviter une fausse interprétation de la situation, ou une mauvaise interprétation de comportement de la part du soignant et du soigné.

En Valais ces médiateurs culturels sont les membres de l'association valaisanne des interprètes et médiateurs culturels (AVIc).

3.2.1.2.2. Les représentations et croyances du patient

Les infirmières cliniciennes interrogées ont affirmé que le patient diabétique musulman peut avoir des croyances qui interfèrent dans leur prise en charge.

Selon la diététicienne Suha Khoury, le statut et l'acceptation sociale ont une valeur importante dans la culture musulmane. Malheureusement, le diabète provoque souvent chez le patient une remise en question d'un corps fort et bien nourri, une perte de l'aptitude au travail de force. Il peut aussi provoquer un sentiment de honte, surtout auprès de la population masculine car cette condition est fortement associée à l'impuissance. De ce fait, les personnes atteintes de diabète, sont amenées à bannir certains comportements en public pouvant trahir leur condition ; notamment la prise des médicaments, l'adoption d'un régime alimentaire qui ne correspond pas aux normes en vigueur dans la société, la modification subite des habitudes alimentaires et la perte de poids.

L'infirmière et le patient doivent trouver, dans la mesure du possible, une modification des habitudes de vie et du régime alimentaire culturellement acceptables. La soignante peut aussi agrémenter son argumentation d'exemples vécus de personnes qui sont parvenues à mieux vivre leur diabète en adoptant un nouveau style de vie. Par exemple un contrôle glycémique correct et une bonne autogestion permettent d'éviter les complications liées à la maladie telle l'impuissance.

De plus, Rueff. A nous dit que le patient musulman peut avoir une croyance fataliste de la maladie. Celui-ci peut être amené à croire que la maladie est une épreuve divine, que les événements sont contrôlés et prédéterminés par Allah. Il croit que les êtres humains ont peu d'emprise, voire pas du tout, sur leur destinée. Ce fatalisme justifie leur incapacité à contrôler et à façonner leur destinée.

Cette vision du patient a un impact sur la prise en charge de la maladie en ce sens que la baisse du suivi, un mauvais contrôle ou l'apparition de complications peut être attribué à la volonté divine.

Il est du rôle de l'infirmière de « responsabiliser le patient ». « *J'essaye toujours d'amener le patient à être responsable de sa maladie...* ». Comme l'a souligné une infirmière lors d'un entretien, c'est-à-dire amener le patient à comprendre les causes de ses problèmes de santé et à les prévenir.

La soignante peut aussi citer des versets du Coran qui soulignent la responsabilité individuelle du patient.

L'infirmière doit connaître les influences d'ordre culturelles et croyances spirituelles du patient ainsi que ses références en matière de santé.

Elle pourra ainsi négocier avec celui-ci afin de lui prodiguer un traitement compatible à son système de valeur et permettre le maintien ou la restauration de sa santé.

L'infirmière doit considérer tous ces divers éléments dans la prise en charge du patient, au risque de faire face à une non-observance¹⁰¹ se manifestant par un refus du traitement et une augmentation des complications. L'infirmière doit également informer le patient des risques encourus lorsque celui-ci n'adhère pas au traitement. Le patient diabétique doit percevoir les bénéfices de son traitement, cela passe par une **bonne éducation thérapeutique**.

¹⁰¹ DOENGES ,MOORHOUSE ; *Diagnostics infirmiers Interventions et bases rationnelles*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Montréal,2001.1280 p.ISBN

En résumé

Toutes les infirmières interrogées possèdent de vagues connaissances sur les croyances musulmanes. Celles-ci pensent que ces croyances peuvent faire obstacle à la prise en charge

Remise en question d'un corps fort et bien nourri, sentiment de honte, impuissance, épreuve divine, fatalité ; telles sont les différentes croyances qu'un patient diabétique musulman peut associer à sa maladie.

Connaître les différents modèles de croyances, les croyances selon la religion musulmane et notamment les croyances propres au patient permet au soignant d'avoir une meilleure interprétation de la situation. Cela permet aussi à l'infirmière de soigner en respectant la déontologie infirmière. Cela permet également à l'infirmière de considérer les facteurs culturels et spirituels du patient, de les associer à ses problèmes biologiques et psychologiques afin de les intégrer dans le projet thérapeutique pour aboutir à une **meilleure observance** du patient aux **soins de qualités** qui lui seront proposés. Tout cela passe par une **sensibilité culturelle** de l'infirmière, un **recueil de données** culturelles auprès du patient et son entourage, une **évaluation**, l'acquisition des **connaissances culturelles**, des **objectifs communs**, et une bonne **éducation thérapeutique** du patient.

3.2.1.2.2.3. Rites et pratiques religieuses : le Ramadan

La majorité des infirmières interrogées ont affirmé que le réel problème de leur prise en charge du patient diabétique musulman résultait de la volonté de celui-ci de faire le Ramadan. Une seule d'entre elles a mis l'accent sur : « une difficulté à enseigner ce patient... »

Parmi les 6 infirmières interrogées, 4 ont manifesté leur volonté à accompagner le patient dans son jeûne. Les deux autres pensent que le jeûne et le diabète ne sont pas compatibles, donc qu'il faudrait décourager le patient par rapport à cette démarche.

Les soignantes se disent démunies, l'une d'entre elle a même affirmé: « je n'aimerais pas me retrouver face à cette situation.... Car ce serait très difficile pour moi..... »

« Décourager le patient ou accompagner patient diabétique à faire le jeûne du Ramadan ? »

Telle est la question que l'on pourrait se poser face à un patient diabétique qui aimerait faire le jeûne du Ramadan. Cela pose un vrai dilemme au sein du panel interrogé.

Afin de répondre à cette question il serait intéressant de comparer les deux possibilités, les problèmes et les bénéfices en découlant et de faire la balance.

Décourager un patient diabétique à faire le jeûne du Ramadan

La motivation du patient diabétique à jeûner provient surtout de l'importance du Ramadan dans la vie Musulmane au niveau social et religieux.

Argument religieux

Sourate II, verset 183 : « Il vous est permis de manger et de boire jusqu'au moment où vous pourrez déjà distinguer le fil blanc d'un fil noir. A partir de ce moment, observez strictement le jeûne jusqu'à la nuit »¹⁰².

Le jeûne du Ramadan est un des cinq piliers de l'islam, c'est un mois de prière et de ferveur religieuse où les pratiquants vont développer la relation spirituelle qu'ils entretiennent avec le créateur. Pendant ce mois les pratiquants voient essentiellement les aspects positifs de la religion.

- **Raison sociale**

Au niveau social, le Ramadan est un moment privilégié pour la communauté musulmane : il permet aux pratiquants de marquer leur appartenance à la communauté, de ressembler aux autres. Il favorise le resserrement des liens amicaux, fraternels et familiaux et la formidable ambiance festive qui règne.

¹⁰² LA RELIGION MUSULMANE « Le Coran »[En ligne]. Adresse URL : http://acturama.org/IMG/pdf/1_Islam.pdf (consultée le 30 Avril 2009)

Nous avons parlé de ce que représente le Ramadan dans la vie d'un musulman, maintenant nous allons mettre l'accent sur les conséquences physiologiques et psychologiques qui en découlent.

Comme il a été détaillé dans le cadre de référence, au niveau physiologique le jeûne du Ramadan entraîne un risque d'hypoglycémie, d'hyperglycémie, de coma hyperosmolaire, de déshydratation, une asthénie, des vertiges et une somnolence. Psychologiquement, le Ramadan est une contrainte que l'esprit impose au corps, il apparaît pour le croyant comme un bon moment de contrôler ses pulsions.

La pratique du jeûne du Ramadan est contre-indiquée chez les diabétiques de type 1 difficiles à équilibrer.

Dans ce cas l'infirmière s'appuyant sur sa *véracité* et sa *non malfaisance*¹⁰³ peut expliquer au patient diabétique les risques encourus et le dissuader à jeûner. Au niveau spirituel, elle peut s'appuyer sur ce verset du Coran : « Allah cherche à vous faciliter l'accomplissement de la règle, il ne cherche pas à vous la rendre difficile^{104.} » Sourate II verset 185

Décourager un patient diabétique à faire le Ramadan entraîne chez celui-ci un *conflit décisionnel*¹⁰⁵ caractérisé par des signes physiques de détresse ou de tension et d'anxiété se manifestant par une hésitation quant au choix à faire. On observera chez le patient une remise en question des valeurs et des convictions personnelles.

S'il y a un risque vital, l'infirmière doit faire comprendre au patient que le Ramadan doit être interrompu comme le préconise le Coran. Elle peut le faire s'interroger sur le fait qu'il est en désaccord avec les préceptes du Coran en faisant le Ramadan alors qu'il est malade.

¹⁰³ L'éthique dans les soins infirmiers .Association Suisse des infirmières et infirmiers. Berne 2000.

¹⁰⁴ Ibidem

¹⁰⁵ DOENGES ,MOORHOUSE ; *Diagnostics infirmiers Interventions et bases rationnelles*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Montréal,2001.1280 p.ISBN

Accompagner le patient diabétique à faire le jeûne du Ramadan

L'impact spirituel, psychologique et social de la non-observance du Ramadan peut induire chez le patient un sentiment d'exclusion. Malgré la tolérance de la religion et l'avis du médecin, un nombre non négligeable de patient va s'obstiner à jeûner. C'est pourquoi, un enseignement thérapeutique adéquat et un suivi régulier permettent au patient de ne pas se mettre en danger et d'éviter les complications.

L'infirmière doit faire un effort conscient pour voir chaque patient comme un individu unique avec ses caractéristiques.

Chaque infirmière devrait pouvoir **réfléchir sur sa propre personnalité** pour pouvoir accueillir et comprendre les clivages identitaires d'un patient qui souffre parce qu'il est perdu dans le cercle de ses multiples appartenances et qu'il se sent contraint en permanence de trahir une de celles-ci au profit d'une autre.

Le rôle de l'infirmière est d'aider le patient musulman à identifier ses besoins universels et spécifiques afin de pouvoir se donner des autosoins. Parmi les besoins spécifiques du patient diabétique, j'ai cité dans le cadre de référence le **besoin spirituel** qui apparaît face à toute situation, qui provoque une interrogation sur le sens de la vie, maladie, handicap. Il impose au minimum une prise en compte, une écoute.

Lors du recueil de données, l'infirmière identifiera les besoins spirituels du patient afin de pouvoir y répondre.

C'est pourquoi, l'infirmière doit, comme dit Parse « harmoniser son rythme à celui du patient » et l'aider à trouver son équilibre corps âme et esprit.

La pratique du Ramadan peut permettre d'éviter un *risque de détresse spirituelle*¹⁰⁶ relié au stress physique et psychologique causé par la maladie. Or nous savons que le stress augmente le taux de glucose dans le sang en augmentant le taux de catécholamine.

¹⁰⁶ DOENGES ,MOORHOUSE ; *Diagnostics infirmiers Interventions et bases rationnelles*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Montréal,2001.1280 p.ISBN

Dans ce cas, le jeûne pendant le Ramadan a un effet reposant sur l'esprit. Il génère une paix intérieure et une diminution de la glycémie, de même que n'importe quel outil pour abaisser le stress ; exemple : la relaxation, améliore le contrôle du diabète. Ainsi, le jeûne islamique pendant le Ramadan devrait avoir un effet potentiellement bénéfique en ce qui concerne le contrôle du diabète.

Pour cela, l'infirmière doit faire preuve d'une **sensibilité culturelle** afin d'aider le patient diabétique à trouver les ressources nécessaires dans la pratique de ses rites religieux, notamment le Ramadan.

Au niveau physiologique elle doit :

- Anticiper les problèmes
- Préparer le patient avant le jeûne à un bon équilibre alimentaire
- Déterminer avec lui les objectifs
- Associer la famille à la diététique et à la surveillance
- Ajuster le traitement (antidiabétique oraux et insulines)

En résumé

4 infirmières cliniciennes sur 6 interrogées acceptent le choix du patient dans ses rites et ses pratiques religieuses. Une seule infirmière a démontré réellement avoir des ressources nécessaires face à cette prise en charge.

Si un patient diabétique désire faire le jeûne du Ramadan, on ne peut aller contre sa volonté, mais il est du rôle professionnel de l'infirmière de le décourager si le risque est vital, de lui expliquer les risques encourus et de trouver avec lui les ressources nécessaires pour pallier à ces risques. Celle-ci permet ainsi au patient d'être *partenaire* de sa prise en charge et de donner son **consentement éclairé** sur les soins qui lui sont proposés.

Cela nécessite pour l'infirmière des notions pointues sur la **physiopathologie du diabète**, ses complications ainsi qu'un **enseignement thérapeutique** adapté.

Cela nécessite également d'avoir des **notions de la culture de l'autre, d'avoir réfléchi sur ses propres valeurs**, croyances, de ne pas avoir de préjugés et d'être dans une relation **empathique**. Pour cela une formation peut être utile mais c'est surtout la volonté du soignant d'adapter cette **approche culturelle**.

Ceci met également en évidence la nécessité d'un discours professionnel sécurisant avec le patient et son entourage.

Cela nécessite aussi l'utilisation des **ressources** et du **réseau** dans la prise en charge. Elle assure le lien entre le patient, son entourage et l'**équipe pluridisciplinaire**, en favorisant un climat de collaboration constructif. Elle associe d'autres partenaires dans la recherche du sens de la maladie et les soins prodigués (professionnel de la santé, Iman, etc. ...) En valais on peut faire appel à un Iman au centre culturel islamique.

Cela nécessite enfin qu'elle s'appuie sur les **théories infirmières** telle celle de Parse et le « Caring » de Watson, ou encore sur les « soins transculturels » de Leininger pour orienter sa pratique et le projet de soin. Tout au long de la prise en charge, ses actes et sa réflexion doivent être argumentés et reposent sur la véracité, la non malveillance tout en respectant les coutumes et les croyances du patient. Elle propose donc des **soins de qualité** au patient, selon le **code déontologique** infirmier.

3.2.1.2.3. 3ème partie: les obstacles / représentations de l'infirmière

« Peur de l'inconnu », « peur de mal faire », « peur de ne pas être à la hauteur », « peur de frustrer », « peur de créer les conflits internes au sein de la famille du patient », « peur que le patient se sente seul... ». Voici certains des propos recueillis à la question posée aux infirmières cliniciennes au sujet des obstacles à la prise en charge provenant du soignant.

Les participantes ont exprimé une « peur » face à la prise en charge du patient diabétique musulman et notamment celui qui aimerait faire le jeûne du Ramadan.

Parfois la différence fait peur et on se protège en se réfugiant vers la fuite, l'ignorance, l'agressivité.

« Comment soigner lorsque différents héritages culturels se rencontrent ? »

Face à la complexité de certaines situations auxquelles nous pouvons être confrontées, l'approche culturelle nous aide à orienter notre pratique.

En effet, face à une telle situation, l'infirmière doit développer et mettre en application sa compétence culturelle. C'est-à-dire, la capacité de travailler efficacement au sein d'une autre culture.

Marc Thomas dans ses écrits « acquérir une compétence interculturelle », demande d'exprimer ses émotions et ressentis, de gérer les stéréotypes et préjugés, ensuite de passer d'une attribution ethnocentrique à une attribution isomorphe. C'est-à-dire de ne pas juger le comportement de l'autre en fonction de mes propres critères.

D'être capable d'expliquer le comportement de l'autre de la même manière que lui et les membres de son groupe culturel l'expliqueraient.

Cela nécessite un « **savoir être** » (cf. *cadre de référence*), une capacité d'adaptation et de souplesse, ainsi qu'une tolérance à l'ambiguïté.

Cependant, s'informer des autres références en matière de soins revient aussi toujours, par effet de miroir, à se confronter à ses propres composantes socioculturelles (ou : à ses propres bagages).

Comme l'infirmière est elle-même dépositaire d'héritages culturels et d'expériences variées, elle doit **s'interroger sur ses représentations**, ses modèles et ses normes pour éviter les situations relationnelles souvent denses, avec beaucoup d'investissements physiques et émotionnels. Pour éviter également les rapports à la différence, mais aussi à la maladie, à la souffrance, aux croyances, qui peuvent donner lieu, à la peur comme dans le cas de ces

cliniciennes valaisannes, à l'incompréhension, à des chocs, voire à des phénomènes d'usures (burn-out) qui nuisent à l'épanouissement des professionnels, voire à la qualité de sa prise en charge.

La **réflexion personnelle** aide l'infirmière à cerner les valeurs qui sous-tendent sa démarche et ses interventions et à saisir leurs répercussions sur le patient et à lever la peur.

Le fait de bien comprendre l'écart qui sépare ses valeurs, ses pratiques et ses croyances de celles du patient permet à l'infirmière de s'ouvrir à une culture différente, voire de l'apprécier.

Les infirmières ont également souligné en majorité leur *manque d'expérience* face à la prise en charge du patient diabétique musulman.

Une infirmière a affirmé : «.. *Je pense que le dernier patient musulman dont je me rappelle était une dame qui était enceinte et la notion culturelle on l'avait mise de côté parce que l'important était que sa grossesse se passe bien.....* »

Le *manque d'expérience* entraîne le manque de connaissance causant parfois la fuite ou le déni face à la situation. Il est à noter que ces infirmières disent avoir reçu peu de cours voire pas de cours sur les soins culturels. Cela peut expliquer leur manque d'expérience et leur peur.

La compétence culturelle fait aussi appel à un « **savoir faire** » qui est actualisé par les leçons tirées de l'expérience. Si l'infirmière est limitée dans son savoir-faire expérientiel, elle peut utiliser son savoir-faire opérationnel, relationnel, et cognitif. Tout cela s'acquiert par la lecture, l'étude de cas, le Jeu de rôle, les séjours à l'étranger, l'observation réfléchie ou la conceptualisation abstraite.

Un autre aspect des compétences infirmières est à souligner : il s'agit ici de celui de la collaboration. Consulter les collègues soignants ou encore de faire appel à un autre membre du réseau. La **collaboration interdisciplinaire** peut avoir un impact sur la continuité et la qualité des soins ; dans le cas où aucune réponse à un problème de soin n'existe, il est opportun pour l'infirmière clinicienne de soulever ce problème et de travailler en collaboration avec les chercheurs de sa discipline¹⁰⁷.

En résumé

Le manque d'expérience et la peur sont les deux obstacles ressortis chez les infirmières dans la prestation de soins au patient diabétique musulman en Valais.

Il est à noter que lors des entretiens, les infirmières ont dit avoir reçu peu voire aucun cours sur les soins culturels, ce qui explique leur *manque d'expérience* et leur *peur* : d'où la **nécessité de la compétence culturelle**.

La **compétence culturelle** c'est dépasser la peur et entrer en relation avec l'autre ; se transformer dans la relation sans perdre son identité, gérer les malentendus et conflits en prenant en compte divers points de vue, créer des conditions nouvelles de coopération.

Soigner de manière culturellement significative est un droit humain que chaque infirmière devrait défendre dans l'exercice de sa profession.

L'infirmière doit développer une **attitude créative**, la **recherche d'une solution**, de l'**ouverture** pour un échange réciproque voire un émerveillement.

L'infirmière doit également s'appuyer sur les expériences et les ressources de ses collègues grâce à la **collaboration interdisciplinaire**.

¹⁰⁷ KEROUAC S., La pensée infirmière, *Conception et stratégie*, Editions Maloine, Chp.2, 1994

3.2.1.2.4. 4e partie : les ressources/besoins de l'infirmière

Les besoins de l'infirmière qui sont ressortis au cours des entretiens sont : des cours sur l'approche culturelle, savoir comment équilibrer le diabète pendant le jeûne, ainsi que de réels formations sur les soins culturels.

Une infirmière a affirmé qu'elle serait intéressée par un échange interactif entre cliniciennes et patients ou un débat interactif avec des cas concrets pour une mise en situation. *« je suis intéressée par des témoignages de patients diabétique musulmans, des témoignages d'infirmières aussi autour d'un débat interactif, comme ça on pourra s'exercer sur des cas concrets... ».*

Les ressources mentionnées sont les suivantes : corps médical, soignant de même culture, infirmière musulmane, PMU Lausanne, autres professionnels de la santé, cms, secrétaire, entourage, famille, livre, documentation, Internet.

Le constat que j'ai tiré de l'analyse des entretiens est le suivant : les infirmières utilisent plus efficacement les ressources des autres professionnels de la santé, et dans une moindre mesure celle de l'association valaisanne des interprètes et médiateurs culturels

4EME PARTIE :
CONCLUSION

4.1. SYNTHÈSE : RÉPONSE À L'HYPOTHÈSE ET À LA QUESTION DE RECHERCHE

4.1.1. RÉPONSE À L'HYPOTHÈSE

4.1.1.1. PREMIÈRE PARTIE DE L'HYPOTHÈSE

« La plupart des infirmières cliniciennes en Valais utilisent peu ou pas du tout l'approche culturelle pour les patients diabétiques musulmans pratiquants lors de leurs interventions professionnelles. Celles-ci sont peu confrontées à cette problématique, ont des représentations propres à elles sur l'approche culturelle, méconnaissent les rites et pratiques religieuses et culturels des Musulmans, ont peu de ressources ou n'utilisent pas de façon adéquate les ressources disponibles »

Cette hypothèse est **en partie vérifiée** par l'analyse des résultats de l'enquête. L'analyse met en évidence que la *peur* et le *manque d'expérience* étaient les obstacles majeurs rencontrés chez l'infirmière clinicienne valaisanne dans la prise en charge du patient diabétique musulman. Sur les 6 infirmières interrogées 4 parlent de la nécessité de l'approche culturelle et une seule pense que ce n'est pas indispensable en Valais car il n'y a pas une grande population musulmane.

4.1.1.2. DEUXIÈME PARTIE DE L'HYPOTHÈSE

« Soigner le patient **diabétique** dans toutes ses dimensions¹⁰⁸, en tenant compte d'une **approche culturelle** et spirituelle, peut augmenter la **qualité des soins** et influencer favorablement l'**observance** du patient. Cela lui permettra d'être « **partenaire de soins** », il

¹⁰⁸ Les dimensions de l'homme que je considère: bio-psycho-socio- culturel-spirituel

pourra donc donner son **consentement éclairé** sur les soins proposés, construire un **projet adapté** à son état, ses croyances, son savoir et son mode de vie. Ce processus implique de la part du soignant des **connaissances** et des **compétences particulières** ».

Cette hypothèse est confirmée. L'observance dépend énormément des représentations et croyances du patient. En les intégrant dans le projet de soin, on obtient donc une meilleure observance. De plus le patient étant impliqué dans son projet de soin, devient partenaire de soin et donne son consentement éclairé, mais cela nécessite un savoir, un savoir-faire et un savoir être de la part des soignants, parmi lesquels l'approche culturelle.

4.1.2. RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE

Arrivée au terme de mon analyse, je peux dès à présent répondre à ma question de recherche qui était la suivante :

« Quelles sont les compétences nécessaires aux infirmières cliniciennes valaisannes à la prise en charge d'un patient diabétique musulman pratiquant ? »

4.1.2.1. LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES À UNE INFIRMIÈRE CLINICIENNE POUR PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS DIABÉTIQUES MUSULMANS PRATIQUANTS

Il ressort de l'analyse que la prise en charge du patient diabétique musulman est une situation complexe de soins qui fait intervenir plusieurs facteurs : physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels, spirituels, éthiques et des normes de qualité.

Cette prise en charge nécessite de la part de l'infirmière la mobilisation de plusieurs compétences :

- **Posséder des connaissances théoriques pointues sur le diabète**

Tout au long de l'analyse, nous avons vu que la connaissance théorique du diabète permet un meilleur enseignement thérapeutique, permet aussi la prévention des complications métaboliques et aiguës du diabète, et augmente la qualité de vie du patient. Elle permet enfin une meilleure prise en charge du patient pendant la période du jeûne du Ramadan.

- **Avoir développé des compétences en éducation thérapeutique**

Cela implique la connaissance et l'application des concepts clés qui gravitent autour du patient diabétique musulman tels que : la crise, la chronicité, la notion de perte et de deuil, le changement, l'acceptation de la maladie, l'alliance thérapeutique, l'observance au traitement et les notions de diagnostic éducatif et d'enseignement.

- **Travailler en interdisciplinarité et utiliser les ressources à disposition**

Le diabète est une pathologie chronique, et nous avons vu la complexité de sa prise en charge. Le travail en réseau est indispensable, il est important que l'infirmière connaisse les ressources qui sont à sa disposition et les utilise.

- **Apprendre, perfectionner, se questionner sans relâche grâce à la recherche et au développement**

L'infirmière clinicienne doit veiller au développement et au transfert des connaissances. En effet, elle doit se tenir au courant des recherches afin d'améliorer les soins. Par le questionnement, elle doit participer à la définition de problèmes assez importants pour faire l'objet d'une recherche.

- **Compétence culturelle**

Nous avons vu dans l'analyse l'importance de cette compétence pour l'infirmière.

- **Se référer aux théories de soins infirmiers pour orienter sa pratique et argumenter ses interventions**

La théorie de soins est une grille de lecture de la situation pour l'infirmière. En fonction de comment l'infirmière conceptualise la personne, la santé, l'environnement, et les soins infirmiers, elle choisira une théorie plutôt qu'une autre pour effectuer sa démarche de soins.

- **Agir selon le Code déontologique infirmière**

L'infirmière doit développer cette compétence pour respecter les normes de conduite et de responsabilité envers sa pratique, ses collègues, la profession et les patients.

- **Améliorer sa pratique au quotidien à l'aide des standards de qualité**

L'infirmière doit s'auto-évaluer à l'aide des standards de qualité de l'institution ou les normes de qualité de l'Association Suisse des Infirmier(e)s (ASI).

4.1.2.2. LES COMPÉTENCES QUE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE EN DIABÉTOLOGIE DOIT ENCORE DÉVELOPPER

- **Recherche et le développement**

Les entretiens effectués auprès des infirmières montrent que celles-ci contribuent volontiers à la recherche en soins infirmiers car 6 infirmières sur 7 ont accepté de participer à cette étude.

Par contre ni le RSV,¹⁰⁹ ni l'association valaisanne du diabète, ne leur donne la possibilité d'effectuer elles-mêmes des recherches, ce qui est pourtant une des compétences des infirmières cliniciennes.

- **Utilisation des ressources à disposition**

D'après les entretiens effectués, les infirmières se réfèrent plus souvent aux membres de l'équipe médicale et paramédicale (comme le médecin, la diététicienne, les collègues de la PMU de Lausanne), la famille, qu'aux autres professionnels tels que : l'AVic : l'association Valaisanne des interprètes et médiateurs culturels, ou encore le centre culturel islamique.

- **Utilisation des théories de soins infirmiers**

Les infirmières en diabétologie n'utilisent pas les théories de soins infirmiers dans leurs interventions professionnelles.

¹⁰⁹ Réseau Santé Valais

A la question « sur quelle théorie de soins vous appuyez-vous ? » 4 des 6 participantes interrogées disent avoir de notions « vagues » sur les théories de soins. Une a affirmé qu'elle a construit elle-même un document de recueil de donnée du patient en combinant la théorie de Orem et de Henderson.

Dans notre société actuelle, la notion de qualité¹¹⁰ de soins est un enjeu vital, tant sur le plan professionnel, qu'économique et social. Nous ne pouvons plus nous permettre de nous installer dans une pratique routinière.

Je ne vois pas d'autre moyen, pour développer la qualité des soins, que de l'organiser autour d'un projet centré sur les besoins en santé des patients. Cette démarche n'est possible que si elle a des points de repère qui lui permettent de ne pas s'égarer, un cadre l'oblige à recentrer Ses idées et son objectif, et auquel elle peut faire référence dans sa pratique. Le modèle théorique lui offrant ce cadre est indispensable au développement de la qualité des soins.

- **Compétence culturelle**

Des 6 infirmières interrogées, toutes ont avoué leur méconnaissance sur la religion musulmane ainsi que des rites et pratiques religieux. Elles ont mis en évidence la nécessité de cours sur la notion de culture. Cette compétence n'a toutefois pas été utilisée par les infirmières soignant des patients diabétiques musulmans, car elles n'ont pas manifesté leur sensibilité culturelle lors de la prise en charge, soit par oubli ou par ignorance.

Les soins de qualités impliquent une meilleure communication entre le patient et le soignant. Cela implique que la personne reçoive des conseils adéquats lui permettant de progresser grâce à une relation thérapeutique avec le soignant¹¹¹. Qui dit communication dit langage.

La formation à la communication et à la diversité des situations de soins est une nécessité actuelle.

¹¹⁰ Proposer des soins de qualité à un patient c'est que la personne comprenne le but et le sens de son traitement, donne son accord et collabore. Il est préparé à suivre son traitement seul avec l'aide de son entourage qui participe à la planification de son traitement et de ses soins. C'est prendre en compte la sphère biologique, psychologique, sociale culturelle et spirituelle de ce patient.

¹¹¹ EXCHAQUET N.et ZUBIN L. Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux de soins généraux *Etude des soins infirmiers en Suisse*. Berne, 1975

Au niveau politique le fait de normaliser une prise en charge des migrants permettrait une ouverture institutionnalisée aux autres cultures. Ce qui est alors une situation particulière deviendrait dès lors une situation normalisée.

La culture est comprise comme un ensemble de valeurs, croyances, significations, coutumes et pratiques acquises par les membres d'un groupe social. Il est important pour l'infirmière, de décoder le discours du patient et de trouver des explications qui correspondent à ses représentations dans le but d'avancer ensemble.

Il est important que l'infirmière se décentre sur son rapport à la santé, à la maladie, qu'elle tente de comprendre le point de vue des patients afin de poser des actes qui leur font sens. La prise en compte, dans la démarche de soins, des représentations des patients s'avère indispensable pour une communication réussie.

4.1.3. ATTEINTE DE MES OBJECTIFS DE RECHERCHE

Etant maintenant arrivée au terme de ma recherche en soins infirmiers, je peux évaluer l'atteinte de mes objectifs spécifiques de recherche.

En ce qui concerne le second objectif spécifique, qui était le suivant :

J'aimerais définir le rôle d'une infirmière clinicienne spécialisée en diabétologie.

Je peux sans hésiter dire que cet objectif a été atteint. Le cahier de charge de l'infirmière clinicienne de la PMU m'a permis de définir son rôle dans mon cadre de référence. De plus, les participantes, très au clair dans leur rôle professionnel, m'ont chacune apporté des informations complémentaires, que ce soit sur leur rôle en milieu hospitalier ou extrahospitalier.

En ce qui concerne le deuxième objectif que je m'étais fixé pour cette recherche :

J'identifierai les facteurs culturels qui font obstacle à la prise en charge du patient musulman pratiquant en Valais ainsi que les problèmes qui découlent de ces obstacles.

Il en est ressorti que la langue, les rites et pratiques religieuses, les croyances du patient et l'alimentation sont les principaux facteurs qui font obstacle à cette prise en charge. Je dirai que cet objectif a été atteint.

Et le dernier objectif :

J'analyserai les ressources et les besoins des infirmières cliniciennes en diabétologie en matière d'accompagnement des patients dans leurs autosoins thérapeutiques.

J'ai tenté au travers de ce travail d'analyser les ressources et besoins de l'infirmière en lien avec le cadre de référence et le corpus de données recueillies. J'espère avoir atteint cet objectif.

A l'aide de cette analyse, je mettrai en relief les compétences nécessaires aux infirmières cliniciennes pour la prise en charge de patients diabétiques musulmans en Valais.

Les résultats de l'analyse pourront être insérés dans un manuel à l'usage des soignants valaisans.

Au travers de cette analyse, j'ai pu ressortir toutes les compétences nécessaires aux infirmières pour cette prise en charge. Par contre je n'ai pas pu insérer cela dans un manuel à l'usage des soignants, car j'ai manqué de temps et de moyens. Cet objectif est donc partiellement atteint.

4.2. VALIDITÉ DE LA RECHERCHE / COHÉRENCE

Afin de vérifier la validité des résultats de mon travail, je vais parler ici des limites de mon travail, de la validité interne, de la crédibilité et de l'authenticité des résultats obtenus, ainsi que de la validité externe.

4.2.1. LIMITES DE LA RECHERCHE

Le fait de ne considérer que le patient diabétique musulman pratiquant, pour ce qui est de l'approche culturelle, est la grande limite que je pose à ma recherche. En effet la population musulmane étant minoritaire en Valais, certaines infirmières interrogées n'avaient jamais eu à rencontrer cette situation. Néanmoins j'ai tenu à faire cette recherche pour une ouverture au questionnement, afin de faire émerger la question de l'approche culturelle au sein des institutions valaisannes de santé.

4.2.2. VALIDITÉ INTERNE

J'estime ne pas avoir obtenu le seuil de saturation des données car j'ai enregistré des éléments nouveaux au cours de chaque entretien. C'est la raison pour laquelle les résultats de mon analyse sont cohérents seulement dans ce contexte particulier et offrent une vision incomplète de la situation.

De plus, ma collecte de données auprès des infirmières aurait été plus parlante si elle avait été confrontée et comparée à une collecte de données effectuée auprès des patients diabétiques musulmans pratiquants eux-mêmes, ce que je n'ai pas pu faire par manque de temps.

Les éléments qui peuvent représenter un biais dans ma recherche sont le fait que j'ai eu l'occasion d'effectuer mes entretiens non pas auprès de six infirmières cliniciennes en diabétologie mais auprès de cinq cliniciennes en diabétologie plus une infirmière en diabétologie non clinicienne, ces deux spécialités ne possédant pas tout à fait les mêmes compétences. De plus, deux des six infirmières étaient nouvellement diplômées en diabétologie tandis que les autres ont une grande expérience professionnelle en diabétologie. Enfin, parmi les infirmières interrogées, deux travaillent en milieu hospitalier, les autres travaillent en milieu extra hospitalier, ce qui diffère dans la prise en charge.

Au cours de la construction de mon analyse, j'ai extrait des éléments significatifs à mon sens, J'ai donc certainement omis de mettre l'accent sur d'autres informations auxquelles je n'ai pas été sensible.

Malgré cela, les résultats de ma recherche exposés tout au long de l'analyse ont, selon moi, un sens et restent plausibles dans ce contexte particulier. Etant donné qu'elle est basée sur une démarche authentique de recherche, tous les résultats obtenus sont crédibles et significatifs pour la population interrogée si ces différentes limites sont prises en compte par le lecteur. La validité interne de ma recherche est donc bien présente.

4.2.3. VALIDITÉ EXTERNE

En ce qui concerne la validité externe, étant donné que mon travail de recherche porte sur une population bien définie, il m'est difficile de généraliser les résultats, à l'ensemble des infirmières cliniciennes ou non du canton. Toutefois, certains éléments théoriques peuvent être appliqués à d'autres situations similaires.

4.3. BILAN PERSONNEL

Après avoir analysé les données obtenues lors des entretiens, je vais maintenant m'attarder plus précisément sur la forme de mon travail de recherche. Mon autoévaluation va tout d'abord porter sur les objectifs personnels d'apprentissage que je m'étais fixée au début du travail. Je vais ensuite parler des facilités et difficultés rencontrées tout au long de ma démarche. Enfin, je porterai une critique générale de mon travail.

4.3.1. ATTEINTE DE MES OBJECTIFS DE RECHERCHE

Arrivée au terme de ce travail, je fais le bilan de mon processus d'apprentissage en évaluant mes objectifs personnels fixés en début de recherche.

Par ce MFE, j'aimerais mettre en relief les différents aspects de la prise en charge globale d'un patient diabétique musulman pratiquant en Valais.

Tout au long de ce travail, j'ai tenté de faire ressortir les facteurs culturels qui font obstacle à la prise en charge du patient diabétique musulman.

J'ai ressorti, pour chaque problème énuméré, les différents diagnostics infirmiers rencontrés chez le patient dans une telle situation. Ces diagnostics sont les suivants : manque de connaissance, difficulté à se maintenir en santé, non-observance au traitement, conflit décisionnel, risque de détresse spirituelle.

Ce travail me permet, d'élaborer en collaboration avec le patient, un projet de soins qui tient compte de ses croyances, ses rites et pratiques religieuses.

J'ai ressorti également toutes les compétences nécessaires à l'infirmière pour une telle prise en charge. J'ai enfin, identifié les besoins et ressources de ces infirmières.

A la fin de ma recherche, je m'auto évaluerai de manière critique et distanciée¹¹² en regard avec la démarche méthodologique entreprise afin de vérifier l'atteinte de mes objectifs d'apprentissage et de recherche.

Le chapitre sur la validité/ cohérence de la recherche me permet d'atteindre cet objectif. On y retrouve les limites de ma recherche, la validité interne et la validité externe.

Au travers de mon MFE, j'appliquerai une méthodologie afin de mener à bien une recherche en sciences infirmières avec tout ce que cela implique : recherche de documents pertinents, explorations diverses (lectures et entretiens), définition d'une problématique, création d'un cadre de référence, création d'un outil d'investigation, récolte de données sur le terrain. Je serai capable d'analyser les données recueillies au cours des entretiens en fonction du cadre de référence construit et d'élaborer une synthèse finale avec une autoévaluation finale.

J'ai utilisé au mieux les outils qui étaient à ma disposition, afin de réaliser un travail respectant la rigueur méthodologique. Ma recherche a commencé par la lecture d'ouvrages et d'articles en lien avec mon sujet afin de définir une problématique. Ensuite, j'ai construit différents cadres théoriques qui m'ont finalement permis d'analyser les données recueillies lors des entretiens pour aboutir aux résultats de recherche explicités lors de la synthèse de l'analyse.

¹¹² Une des qualités d'un chercheur est celle de la distanciation : il doit être capable de maintenir une certaine distance avec son objet d'étude afin de mener à bien sa recherche.

4.3.2. FACILITÉS RENCONTRÉES

Je me suis particulièrement sentie à l'aise durant l'analyse de mon travail. C'est durant cette étape clé de mon mémoire que j'ai eu du plaisir à mettre en lien les différents éléments mis en évidence tout au long de mes cadres de références avec le corpus de données récoltées durant mes entretiens semi-dirigés.

4.3.3. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La première difficulté que j'ai rencontrée dans l'élaboration de ce travail était celle de parler de cette pathologie qu'est le diabète. En effet bien qu'ayant de l'intérêt pour ce sujet, il me bouleverse énormément car comme je l'ai mentionné dans mes motivations personnelles, c'est une pathologie qui sévit dans ma famille. En parlant du diabète j'ai du faire face à mes propres représentations et mes propres croyances.

La deuxième difficulté pour moi a été de délimiter mon travail. N'ayant pas pris conscience au départ de la charge de travail et du temps que j'avais à ma disposition, je suis partie sur une énorme recherche en physiopathologie sur le diabète. Grâce à ma directrice de recherche j'ai pu me recentrer sur l'essentiel.

La dernière difficulté a été l'élaboration de mon cadre de référence. En effet vu la complexité de ce sujet qui touche plusieurs thèmes en même temps, j'ai du lire beaucoup d'ouvrages. Certains sur le diabète, d'autres sur les soins infirmiers au patient diabétique, ou encore sur : la culture, la spiritualité, la qualité des soins, la compétence, l'interdisciplinarité, les théories de soins infirmiers, et le code déontologique.

Bref la recherche des documents partait dans tous les sens et il a fallu faire une synthèse de tout cela pour monter un cadre de référence adéquat.

4.3.4. CRITIQUE GÉNÉRALE DE MON TRAVAIL

Malgré la grande difficulté que j'ai éprouvée au démarrage de cette recherche et lors de l'élaboration de mon cadre de référence, j'ai éprouvé beaucoup de plaisir à l'écriture de ce mémoire de fin d'études. J'ai acquis de nouvelles connaissances et j'ai pris conscience de l'importance du travail de l'infirmière clinicienne, spécialisation qui m'intéresse.

Je suis satisfaite car le sujet choisi était à la hauteur de mes espérances. Il reste toutefois des éléments à améliorer si j'étais amenée à élaborer ou à participer une nouvelle fois à une recherche de ce type.

Le choix du lieu à effectuer la recherche. : au départ je savais que je voulais faire une recherche qui traite du patient diabétique musulman, mais j'ai hésité entre le canton du Valais et le canton de Vaud. Cette réflexion et la décision qui en a découlé m'ont freinée au démarrage de cette recherche.

Je n'ai pas su gérer le temps que j'avais à ma disposition. J'ai mis beaucoup de temps avant de m'y mettre complètement, j'ai donc dû prolonger le délai pour arriver au terme de cette recherche.

L'envergure de mon travail m'a posé problème. Je pense que j'aurais pu me focaliser sur un seul thème car j'ai choisi une situation assez complexe qui a nécessité beaucoup de concepts.

L'élaboration de mon cadre de référence a été très laborieuse.

4.4. POUR ALLER PLUS LOIN

Cette recherche a généré de nombreux résultats. Toutefois, d'autres recherches pourraient être menées en Valais afin d'améliorer la qualité des soins par le développement de l'approche culturelle au sein du Réseau Santé Valais (RSV). Je propose quelques pistes à examiner pour les recherches futures :

Les participantes qui ont collaboré à cette étude représentent un sous groupe d'infirmières, car elles sont cliniciennes spécialisées en diabétologie. Ainsi, il s'avérerait intéressant de reproduire cette recherche auprès des infirmières des services de médecine par exemple afin de voir si les besoins ressortis et les compétences à développer sont identiques.

Il serait fort utile de mener une étude similaire auprès des patients diabétiques musulmans afin d'identifier chez eux si des facteurs culturels sont susceptibles d'influencer l'acceptation de la prise en charge. Cette étude pourrait aussi permettre de savoir quelles sont leurs attentes face au soignant ?

Dans le contexte de la mise en place d'un programme structuré sur l'approche culturelle, il faudrait identifier quelles sont les croyances, les attitudes, les besoins et les ressources des différents professionnels de la santé au sein du RSV, afin d'élaborer une formation continue appropriée.

Evidemment, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de suggestions, la lecture de ce mémoire par d'autres professionnels de la santé, étudiants ou toute autre personne travaillant dans le domaine exploré dans ma recherche, peut mettre en exergue d'autres éléments.

4.5. MOT DE LA FIN

Arrivée à la fin de ce programme, j'éprouve une satisfaction générale de ma formation d'infirmière HES au sein de la HES.SO// Valais-Wallis. J'ai appris à faire face à des situations complexes à l'aide d'un savoir théorique (physiopathologie, théories de soins, etc..) et des stages pratiques. J'ai appris à me questionner, à réfléchir et à analyser au travers de certains cours comme la démarche de soins, l'approche systémique et surtout au travers de ce mémoire de fin d'étude.

Pour mon avenir professionnel, cette recherche m'offre un potentiel bénéfique. Elle me permettra, de mettre en application dans mon pays, toutes ces différentes compétences acquises.

Les soins infirmiers connaissent une grande révolution en Suisse romande. Aujourd'hui la formation est de niveau tertiaire et on assiste maintenant à la venue du master en soins infirmiers. Ce qui prouve que les infirmières de demain devront faire preuve de maturité, d'autonomie et posséder les valeurs, les attitudes, les connaissances et les habiletés intellectuelles nécessaires au questionnement des pratiques courantes et à leurs responsabilités croissantes envers la société.

L'infirmière de demain doit donc accepter l'univers moderne des soins de santé. Il s'agit d'un univers complexe, où les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, spirituels vont interférer. Un univers qui sera fertile en dilemmes éthiques et moraux. L'infirmière de demain devra développer sa capacité à créer, à inventer, à progresser, surtout au travers de la recherche.

Pour ma part, je suis favorable à la recherche en soins infirmiers, et j'invite les infirmières valaisannes à s'y engager davantage. Je pense que la recherche contribuera à l'avancement des connaissances dans cette discipline, et à l'amélioration de la qualité des soins.

5EME PARTIE :

BIBLIOGRAPHIE

5.1. LIVRES, MONOGRAPHIES, OUVRAGES

AKTOUF.O .Méthodologie des sciences sociales et Approche qualitative des organisations.une introduction à la démarche classique et une critique. Montréal : Les presses de l'Université du Québec, 1987,231pp.

AMAR.B .Nouveaux cahiers de l'infirmière. Concepts et théorie, démarche de soins, Edition Masson, 2007,247p

Brunner et Suddarth. Soins infirmiers en médecine et en chirurgie. Fonctions digestive, métabolique et endocrinienne, 4e édition. Bruxelles : Editions De Boeck, 2006.371 p.

CAMPENHOUDT,Luc Van.manuel de recherche en sciences sociales. éd.paris : Dunod, 1995.287p.

DECHANNOZ.G. Les besoins en soins infirmiers des personnes soignées. Paris : Editions Bayard, 1986.

DOENGES,MOORHOUSE ; Diagnostics infirmiers Interventions et bases rationnelles. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Montréal, 2001.1280 p.ISBN

HALLOUET.P fiches de soins infirmiers ed Masson 2005,625 p

HENDERSON.V.La nature des soins infirmiers.Presentation,chronologie et notes explicatives par M.F.Collière.InterEditions,paris,1994.

KEROUAC S., La pensée infirmière, Conception et stratégie, Editions Maloine, Chp.2, 1994

KOZIER, Barbara et autres. Soins infirmiers : Théorie et pratique, volume 1, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau pédagogique inc., 2005, 912 p., (Adaptation française sous la direction de LONGPRÉ, Sophie et Lyne CLOUTIER).

LACHAINE.R, MARIEB.Elaine N, Anatomie et physiologie humaines.6ème édition. Paris : Editions du Renouveau Pédagogique Inc, 2005.1287 p

LAROUSSE DE POCHE.Dictionnaire de noms communs, des noms propres précis de grammaire.éd.paris : larousse, 1993

Le Coran (traduction française)

LEVY Isabelle, Rites et Religions-Guide pratique pour accueillir les malades à l'hôpital, Ed. Estem, Paris,1997-47 p.

LEVY Isabelle – Soins et croyances – Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux – Ed. Estem, Paris, 1999-222 p.

MAUNAND.Bernard. Diabeto. L'infirmière en diabétologie, Paris : Edition Lamarre,2002. 211p, (collection dirigée par Martine Schachtel)

PARSE.Rosemarie Rizzo, MAJOR.Francine Ecole de la pensée et devenir humain .Ed Deboeck, septembre 2003, collection savoir et santé

PERLEMUTER.L.[et al]. Diabète et maladie métaboliques, 4ème édition. Paris : Editions Masson,2003.407 p.

SIMON.D et autres,Education thérapeutique prévention et maladies chroniques Edition Elsevier Masson SAS, Issy Les Moulineaux,Chp.1,269p

WATSON Jean- Le caring- Paris : Ed. Seli Arslan, 1998-317 p.

5.2. ARTICLES, PÉRIODIQUES, QUOTIDIENS

DELAHAYE Marie-Claire. Les soins infirmiers transculturels. ASI Soins infirmiers, 1995, 80 pages, numéro 1/95

ASHRAF Ibrahim.M. Gérer le diabète pendant le Ramadan . Diabetes voice, 2007, numéro 2

KHOURY.Suha. L'approche culturelle de la thérapie du diabète au Moyen Orient. Diabetes voice, 2001, numéro 1

EXCHAQUET N.et ZUBIN L. Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux de soins généraux Etude des soins infirmiers en Suisse. Berne, 1975.

HOPITAL DE SIERRE .CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE DU VALAIS. Le diabète. Guide pour le patient, 2005

LACROIX.Anne. L'Education thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique Vigot: 1998

LEININGER.M . Les soins infirmiers transculturels. soins infirmiers , Janvier 1995

LEPAIN Catherine. L'approche culturelle en soins infirmiers pour les patients Musulmans Magrébins relevant des soins palliatifs .Recherche en soins infirmiers, Mars 2003, numéro 72 Sciences Humaines, février-mars 1996 Eduquer et Former n°12 p57

NOVO NORDISK PHARMA S.A. Informations pratiques pour diabétiques et proches. 2ème édition, Juin 2003

PEPIN.J. La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières.

théologiques, vol.9,n°2,2001, P 33-46

RAKOTOMENA.Mialy. Les ressources individuelles pour la compétence interculturelle..
Revue internationale sur le travail et la société,fevrier-mars 2005.

ROTH.H et ZIERATH.M. L'éthique dans les soins infirmiers. Association suisse des
infirmières et infirmiers, février 1999

RUEFF.A,CARPENTIER.B « l'éducation thérapeutique des patients diabétiques maghrébins
à Grenoble », santé Education, Paris, 3 février 2006.

5.3. COURS

FELLY CHILINSKI, Catherine. Le jugement clinique. Cours D7M50 promotion HES04 à
la HES-SO Valais-Wallis, septembre 2006,p.1-7

SCHOEPF.Chris. Prévention et complication du diabète à long terme. Cours D1M22
promotion HES04, février 2005

5.4. AUTRES DOCUMENTS

ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS (ASI). L'éthique dans les
soins infirmiers. Berne, 2000

ASSOCIATION VALAISANNE DU DIABETE. Consultation du pied diabétique. Brochure
destinée au patient.

BLANCO Irma Polyclinique médicale Universitaire Document de description des fonctions
de l'infirmière clinicienne

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES (CII).Code déontologique pour la profession infirmière. Genève, 2000

HES SO, HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE. Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion : 2004

5.5. ENTRETIENS

Entretien du 17 Mars 2009 Sur le thème : « santé et migration » avec une enseignante de la HESSO santé Valais / Wallis à Sion.

Entretien du 23 Avril 2009 avec une représentante de l'association Valaisanne des interprètes et médiateurs culturels à Sion

Entretien du 27 Avril 2009 avec une représentante du centre Suisse Immigré à Sion

5.6. SITES INTERNET

ATHEISME.FREE « statistiques religieuses ».[En ligne]. Adresse URL : http://atheisme.free.fr/Revue_presse/Statistiques_religieuses.htm(page consultée le 08 du 04 2008)

CADRE DE SANTE. « Aptitudes, capacités, compétences de l'infirmière » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article61>(page consultée le 18 du 10 2007)

CAMEROON-INFOS.NET-ACTUALITES « Tracts anti-chrétiens dans le nord du Cameroun » [En ligne]. Adresse URL : http://www.cameroon-info.net/cmi_show_news.php?id=14856 (page ou site consulté le 12 du 03 2008)

CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT « Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm>

COMPLEXE CULTUREL DES MUSULMANS DE LAUSANNE [En ligne]. Adresse URL: http://centre-islamique.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=6 (page consultée le 05.du 03.2009)

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE « Culture et santé » .[En ligne]. Adresse URL : http://migrantcare.hug-ge.ch/culture_et_sante/religion_sante.html (page consultée le 05 du 04 2009

INFIRMIERS « jeune du Ramadan : parution des recommandations pour la prise en charge des patients diabétiques » ». [En ligne]. Adresse URL : http://www.infirmiers.com/actu/detail_actu.php?id_news=849 (page consultée le 03 du 03 2009)

INFIWEB. « Site francophone des soins infirmiers » [En ligne]. Adresse URL: <http://www.infiweb.org/wp/?p=225> (consulte le 24.Octobre 2007)

ISLAM-MEDECINE « Religiosité et santé mentale : oublions-nous le lien manquant ? » [En ligne]. Adresse URL : <http://islam-medecine.com/article121.html> (page consultée le 24 du 10 2007)

LA RELIGION MUSULMANE « Le Coran »[En ligne]. Adresse URL : http://acturama.org/IMG/pdf/1_Islam.pdf (consultée le 30 Avril 2009)

RHÔNE FM « Le Valais présente sa politique d'intégration des étrangers ». ». [En ligne]. Adresse URL :

<http://www.rhonefm.ch/fr/informations/infos-a-chaud/le-valais-presente-sa-politique-d-integration-des-etrangers-313-20335>(page consultée le 05 du 04 2009)

SALVEO. « le diabète en Suisse ».[En ligne]. Adresse URL : <http://www.automedication.ch/fr/soigner/actualite/12.2001/diabete.html>. (page consultée le 05 du 01 2008)

SANTE MAGRHEB « le guide de la médecine et de la santé en Algérie ». ».[En ligne]. Adresse URL : <http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/index.asp>(page consultée le 10 du 02 2008)

5.7. ENCYCLOPÉDIES EN LIGNE

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE « Diabétologie » ».[En ligne]. Adresse URL : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.1.html>

OFFICE FEDERALE DE LA STATISTIQUE « Enquête Suisse sur la santé 2007 » recensement fédéral de la population 2000».[En ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.118330.pdf> (page consultée le 08 du 04 2008)

OFFICE FEDERALE DE LA STATISTIQUE « le paysage religieux en Suisse » recensement fédéral de la population 2000».[En ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.50517.pdf> (page consultée le 08 du 04 2008)

OFFICE FEDERALE DE LA SANTE PUBLIQUE « Recherche Migration et santé » ».[En ligne]. Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00206/index.html?lang=fr> (page consultée le 20 du 05.2008)

6^{EME} PARTIE : ANNEXES

ANNEXE I : THÉORIE DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem est une théoricienne de l'école des besoins. Elle accorde une place importante à la maladie et aux problèmes de santé. Orem oriente sa discipline vers la personne.

Soins

Champs de connaissance et service humain visant à combler les limites de la personne dans l'exercice d'autosoins liés à sa santé et à renforcer ses capacités d'autosoins.

Personne

Etre fonctionnant biologiquement symboliquement et socialement qui présente des exigences d'autosoins universels, de développement, et liés à des déviations de santé.

Santé

Etat d'être complet et intégré à ses différentes composantes et à ses modes de fonctionnement.

Environnement

Tous les facteurs externes affectant les autosoins ou l'exercice d'autosoins.

Eléments clés

Autosoins

Agent d'autosoins

Déficit d'autosoins

Système de soins infirmiers

ANNEXE II : DÉFINITION DES TERMES

Religion

La religion est un système organisé de croyances et de pratiques. Elle procure à ses adeptes une manière d'exprimer leur spiritualité et leur fournit des pistes de réflexion, voire des modalités d'action, devant les grandes questions et les épreuves de l'existence. Pour Vardey, toutes les religions présentent les caractéristiques suivantes :

- Le sentiment d'appartenance à une communauté soudée par des croyances communes
- L'étude collective des écritures saintes (Bible, Coran etc....)
- L'accomplissement de rituels
- Le respect des règles de discipline et de coutumes connexes, de commandements et de sacrements
- Des méthodes de renforcement ou de régénération de l'âme et de l'esprit, par exemple le jeûne, la prière, la méditation.

De nombreuses cérémonies et de pratiques religieuses traditionnelles sont liées aux grands événements de la vie tels que la naissance, le passage de l'enfance à l'âge adulte, le mariage, la maladie et la mort.

Le cheminement religieux d'une personne se mesure au fait qu'elle accepte certains rituels, valeurs, règles de conduite et croyances spécifiques.

Foi

La foi est la croyance en une personne ou une entité ; elle suppose que le fidèle fasse confiance à l'objet de sa foi s'engage à suivre les voies qu'il lui indique. Selon Fowler, la foi ne serait pas l'apanage des personnes religieuses ; elle pourrait également caractériser des personnes qui n'appartiennent à aucune religion. La foi donne un sens à la vie, elle procure une force considérable dans l'épreuve. Elle donne aux personnes soignées courage, endurance et espérance qu'elles croient en une autorité supérieure. (Dieu, Allah, Jéhovah, etc...), en elles-mêmes, en l'équipe soignante ou en plusieurs de ces entités.

Espoir

L'espoir ou (espérance) est à la spiritualité et l'exercice de la spiritualité s'inscrit dans une volonté d'espérer. Stephenson définit l'espoir comme étant un processus d'anticipation qui tend vers un épanouissement significatif de la personne et qui relève d'une interaction de la pensée, de l'action, du sentiment et du rapport à soi et à autrui. Les personnes qui n'ont pas l'espoir abandonnent vite ; elles perdent l'envie de vivre et elles s'étiolent ; elles ont souvent plus de mal à lutter contre la maladie et celle-ci pourrait progresser rapidement.

Transcendance

La transcendance est souvent assimilée à la transcendance de soi, qui est la capacité à aller au-delà de soi, à dépasser ses préoccupations personnelles pour envisager la vie dans une perspective plus vaste, s'investir dans des activités d'une portée plus grande et poursuivre des buts plus larges. La transcendance suppose aussi que la personne croie en l'existence d'une entité autre ou plus grande qu'elle-même, qu'elle la valorise et cherche à la connaître, à entrer en relation avec elle. Qu'il s'agisse d'un être suprême, d'une force supérieure ou d'une valeur qu'elle estime particulièrement importante.

Pardon

Les professionnels de la santé s'intéressent de plus en plus à la notion de pardon. Devant la maladie, un handicap ou l'incapacité, nombreuses sont les personnes qui éprouvent un sentiment de honte ou de culpabilité. Elles considèrent leurs problèmes de santé comme un châtement de leurs péchés passés. Les personnes qui savent leur mort prochaine peuvent chercher à obtenir le pardon de leurs proches, et aussi de Dieu.

Culture

La culture est une notion dont les définitions varient en fonction des disciplines et des orientations théoriques.

Ses composantes (valeurs, croyances, représentations sociales, attitudes collectives, normes et standards comportementaux) résultent d'un premier niveau d'abstraction, permettant de rendre compte des diverses réalités symboliques constituant le culturel.

Il existe plusieurs définitions de la culture, on définit habituellement la culture comme la combinaison de différentes caractéristiques abstraites, telles que les valeurs, les croyances, les attitudes et les coutumes, qu'un groupe de personnes partagent et se transmettent de génération en génération.

La culture correspond également aux pensées, aux communications, aux actions, aux croyances, aux valeurs et aux institutions de groupes raciaux, ethniques, religieux ou sociaux. La culture est la somme des caractéristiques sociales héritées d'un groupe humain, comprenant tout ce qu'une génération peut dire, communiquer ou transmettre à la suivante.

Mise en garde épistémologique :

- La culture n'est ni une réalité en soi transcendant les esprits des individus, ni un programme mental homogène commun à tous les membres d'un même groupe humain
- La relation entre culture e personnalité n'est pas directe, autrement dit : la personnalité n'est pas la culture en réduction
- La notion de culture doit être distinguée de celles de « système social », « société », « nation » et « ethnie », qui concernent d'autres plans de réalité collective.

Interculturel

Le mot **interculturel** comprend « inter » et « culturel » qui signifient « entre » et « culture ».

Dans le domaine de la psychologie et de la sociologie, l'étude des relations interculturelles porte sur les contacts de culture. Lorsque des personnes de cultures différentes interagissent, elles vont mettre en commun pour communiquer, des éléments culturels qui leur sont propres tout comme certains qui leur sont communs, mais vont également faire appel à des apports culturels extérieurs à eux. Une sorte de "bricolage" culturel va se mettre en place leur permettant de dépasser les différences, sources d'obstacles à la communication, voire de les exploiter pour créer un nouvel espace culturel d'interaction, avec un nouveau code culturel.

Il ne s'agit plus d'un pont entre les cultures, mais bien d'un mélange de différents rapports culturels.

Multiculturel

Le **multiculturalisme** est un terme sujet à diverses interprétations. Il peut simplement désigner la coexistence de différentes cultures (ethniques, religieuses etc..) au sein d'un même ensemble (pays, par exemple). Il peut aussi désigner différentes politiques volontaristes :

- anti-discriminatoires, visant à assurer un statut social égal aux membres des diverses cultures ;
- identitaires, visant à favoriser l'expression des particularités des diverses cultures ;
- communautaristes, permettant l'existence de statuts (légaux, administratifs...) spécifiques aux membres de telle ou telle communauté culturelle.

Transculturel

Adjectif combinant le préfixe latin « trans » et la notion de culture(s). Ce terme sert à désigner des contacts entre plusieurs cultures au même titre que : interculturel et multiculturel. Si ces deux dernières notions décrivent des phénomènes issus du contact entre plusieurs systèmes culturels relativement autonomes, 'transculturel' et 'transculturalité' s'appliquent, quant à eux, à des identités culturelles plurielles, qui remettent en question la représentation de cette

autonomie. Comme le suggère le préfixe « trans » l'approche transculturelle se situe au-delà des cultures: elle permet d'accéder à un métaniveau, propice à une plus-value interculturelle.

Croyances

La croyance est un processus psychologique d'adhésion conjuguant l'affectif et le cognitif. Il s'agit d'une opération mentale non-critique, à l'opposé de la démarche rationnelle permettant d'apporter aux diverses interrogations de la vie des réponses rassurantes économiques.

Rassurantes parce que la croyance permet, du fait de sa disponibilité immédiate, d'échapper au sentiment d'incertitude ;

Economique parce qu'elle évite de développer l'activité psychologique qu'exige tout traitement rationnel d'un problème.

Au-delà d'un processus, le terme de croyance désigne également les produits qui en résultent, c'est-à-dire les convictions stables et récurrentes qu'invoque le sujet au gré des situations quotidiennes ordinaires ou exceptionnelles.

C'est sur ce fond de croyances communes que se constituent et se maintiennent les mythes, eux-mêmes actualisés dans les pratiques rituelles. On peut dire à cet égard que croyance, mythe et rite constituent un ensemble homogène, même si les rites correspondent à des standards comportementaux.

ANNEXE III : THÉORIE DE ROSEMARIE PARSE

Rosemarie Parse fait partie de l'école de l'être humain unitaire ; Les théoriciennes de cette école tentent de répondre à la question « à qui s'adressent les soins infirmiers ».

Soin

Science et art centré sur l'humain en tant qu'unité vivante en devenir et sur la qualité de vie à travers la participation qualitative de la personne dans ses expériences de santé.

Personne

Etre ouvert ayant la capacité d'agir en synergie avec l'univers dont il partage les limites spatiales ou temporelles ; libre de choisir ses orientations.

Santé

Processus de devenir tel qu'il est vécu par la personne.

Environnement

Coconstitue le devenir dans des échanges simultanés d'énergie avec la personne.

Eléments clés

- Devenir coconstitué
- Signification
- Rythmicité
- Cotranscendance

ANNEXE IV : LE CARING DE JEAN WATSON

Les théoriciennes de l'école du *caring* croient que les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins aux personnes si elles s'ouvrent à des dimensions telles que la spiritualité, la culture, et si elles intègrent les connaissances reliées à ces dimensions.

Soin

Art et science humaine de *Caring*, idéal moral et processus transpersonnel qui vise la promotion de l'harmonie « corp-âme-estprit »

Personne

Forme vivante qui croit et qui comprend corps, âme et esprit.

Santé

Unité et harmonie entre corps, âme et esprit.

Environnement

Réalité interne et réalité externe de la personne.

Éléments clés

- Caring
- Réalité trans-personnelle
- Facteurs de soins

ANNEXE V : LE SOIN TRANSCULTUREL DE MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger est une théoricienne de l'école du *caring*.

Soins

Science et art humaniste appris, centrés sur les comportements, les fonctions et les processus de soins personnalisés dirigés vers la promotion et le maintien des comportements de santé ou son recouvrement en préservant, adaptant et restructurant des soins culturels.

Personne

Etre culturel qui a survécu au temps et à l'espace.

Santé

Croyances, valeurs et façon d'agir reconnues culturellement et utilisées afin de préserver et de maintenir le bien-être d'une personne ou d'un groupe et de permettre l'exécution des activités quotidiennes.

Environnement

Tous les aspects contextuels dans lesquels se trouvent les individus et les groupes culturels, par exemple les caractéristiques physiques, sociales, ainsi que les visions du monde.

Eléments clés

- Soins
- Culture
- Diversité du soin
- Universalité du soin

ANNEXE VI : TABLEAU SUR LES DIVERS NIVEAUX DE QUALITÉ DES SOINS

CARACTERISTIQUES DE DIVERS NIVEAUX DE QUALITE DES SOINS

NIVEAUX —	3 - SOINS OPTIMAUX	2 - SOINS ADAPTES	1 - SOINS SURS (MINIMAUX)	0 - SOINS DANGEREUX
DOMAINES	Collaboration du malade	Adaptés au malade	Soins de routine	Nuisibles au malade
SOINS DE BASE	Le malade participe activement aux soins et à sa rééducation. Sa famille est incluse dans cette éducation à la santé.	Le malade reçoit des soins adaptés à ses besoins.	Le malade reçoit les soins essentiels. Il ne subit aucun dommage.	Le malade subit des dommages physiques (escarres de décubitus, contractures, accidents). Son aspect extérieur est négligé.
SOINS THERAPEUTIQUES	Le malade comprend le sens et le but de son traitement; il donne son accord et collabore. Il est préparé à suivre son traitement seul ou avec l'aide de son entourage.	Le malade est informé de son traitement pendant et après ce dernier. Il reçoit le soutien et la surveillance nécessaires. Les soins sont individualisés.	Le malade reçoit des soins corrects mais essentiellement dictés par la routine de l'hôpital. Il n'en subit aucun dommage.	Le malade reçoit un traitement comportant des lacunes et des erreurs et souffre de complications évitables.
PRISE EN CONSIDERATION DES BESOINS D'ORDRE PSYCHIQUE ET SOCIAL	Le malade tire une expérience utile de son séjour à l'hôpital. Il a acquis un mode de vie adapté à son état, et lui permettant de se maintenir en santé ou de se préparer à la mort.	Grâce à un climat de confiance, le malade peut exprimer ses besoins; il se sent compris et accepté. Il a la possibilité de garder des contacts avec l'extérieur de l'hôpital.	Le malade doit se conformer en tout aux règlements de l'hôpital. Il n'est pas secouru dans ses préoccupations concernant la vie et la mort.	Le malade est traumatisé psychologiquement : angoisse, régression, réactions au stress, à l'isolement.
COMMUNICATION	Le malade reçoit des conseils adéquats lui permettant de progresser grâce à une relation thérapeutique avec le personnel soignant.	Le malade bénéficie de relations interpersonnelles authentiques, favorisant le dialogue et l'échange d'opinions.	Le malade reçoit des informations stéréotypées régies par la routine de l'hôpital.	Le malade ne reçoit pas d'information et n'a pas la possibilité de faire entendre son opinion.
PLANIFICATION DES SOINS ET TRANSMISSION DES INFORMATIONS	Le malade (et sa famille) participe à la planification de son traitement et de ses soins. La collaboration interdisciplinaire est assurée aussi bien à l'hôpital qu'en dehors de l'hôpital.	Un plan de soins, modifié selon les besoins, est à disposition. L'équipe soignante a des colloques réguliers.	La transmission des informations est assurée au moyen de rapports précis.	La transmission des informations est insuffisante.

In " Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux de soins généraux " EXCHAQUET N. et ZUBLIN L.
Etude de soins infirmiers en Suisse. Berne, 1975. Annexe 5

ANNEXE VII : GRILLE D'ENTRETIEN

QUESTIONS A POSER AUX INFIRMIERES

« QUELLES SONT LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES AUX INFIRMIÈRES CLINICIENNES EN DIABÉTOLOGIE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABÉTIQUE MUSULMAN PRATIQUANT »

HYPOTHESES OU OBJECTIFS À MESURER	CE QUE JE VEUX SAVOIR	QUESTIONS	RELANCE / INDICATEURS	CADRE DE REFERENCE
Définir le rôle d'une infirmière clinicienne en diabétologie auprès du patient.	Les représentations de l'infirmière clinicienne sur sa profession.	le rôle d'une infirmière clinicienne en diabétologie auprès du patient ?		Chap. I : L'infirmière clinicienne en diabétologie
Identifier les facteurs culturels qui font obstacle à la prise en charge du patient diabétique musulman pratiquant	<ul style="list-style-type: none"> • Obstacle linguistique et éducatif • Obstacle social et économique • Obstacle culturel et religieux 	A votre avis, quels problèmes rencontrez-vous ou qu'on peut rencontrer dans la prise en charge d'un patient DMP ? (immigré)	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté linguistique, niveau scolaire faible, dialecte • Précarité de l'emploi, méconnaissance du système de santé • Culturel : diabète : facteur de dévalorisation sociale, difficulté d'intégration, culpabilité, remise en question de la culture 	

			<p>occidentale et donc de sa médecine/ compliance au suivi, recours aux médecines traditionnelles, rapport conflictuels aux conseils diététiques, alimentation traditionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religieux : valeur divine, épreuve divine, pratique du jeûne du ramadan 	
Identifier les obstacles qui proviennent du soignant	<ul style="list-style-type: none"> • Peu confrontée à cette problématique • Peur de l'inconnu • Méconnaissance de la culture et rites religieux musulmans 	<p>Vous êtes face à un patient musulman diabétique qui aimerait faire le jeûne du ramadan qu'en pensez-vous ? Avez-vous déjà été confrontée à cela ?</p> <p>Etes- vous sensible à la sphère culturelle et spirituelle du patient dans votre pratique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi ? décrire 	

Mémoire de fin d'étude

	<ul style="list-style-type: none"> • Sa philosophie de soin 	<p>Sur quelle théorie de soin ou modèle de soin vous basez-vous ?</p> <p>Avez-vous eu les cours sur les soins transculturels durant votre formation ?</p>		
<p>Identifier les besoins de l'infirmière clinicienne en diabétologie et voir si elle les utilise de façon adéquate ses ressources.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les besoins de l'infirmière ? • Si l'infirmière clinicienne connaît toutes les ressources dont elle peut disposer et si elle les utilise 	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont vos besoins pour faire face aux problèmes posés ci dessus ? • Face à la complexité d'une telle prise en charge, quels autres professionnels peuvent intervenir ? • En quoi leur(s) inventions modifient la prise en charge ? 	<ul style="list-style-type: none"> • pluridisciplinaire : infirmière, médecin Diététicienne, anthropologue, psychologue, travailleur social, médiateur culturel. 	

ANNEXE VIII : LETTRE EXPLICATIVE À LA DIRECTION DES SOINS DU CHCVS

CARINE NDJOUMBI
Etudiante en Soins Infirmiers
HESSO Santé Valais / Wallis
Rue de la bourgeoisie, 6
1950 Sion
Téléphone : 00 (41) 765208726

MADAME JENZER REGULA
Directrice des soins du Réseau Santé
Valais
Rue de la dent blanche, 20
1950 SION

Sion, le 16 Mars 2009

Demande d'autorisation pour interroger les infirmières du Réseau Santé Valais

Madame,

Dans le cadre de mon travail de mémoire de fin d'étude, réalisé en vue de l'obtention de mon diplôme en soins infirmiers à la HES SO VALAIS/WALLIS de Sion, je mène une enquête sur :

« L'approche culturelle dans les interventions professionnelles infirmières chez un patient diabétique musulman en Valais »

Cette lettre a pour but de vous demander une autorisation afin de pouvoir interroger les infirmières du Réseau Santé Valais en contact avec ce type de patients.

L'étude sera menée sous forme d'un entretien semi-directif auprès de ces infirmières cliniciennes en diabétologie travaillant au Réseau Santé Valais ou auprès des infirmières des services de médecine. Ces entretiens seront enregistrés pour éviter de déformer leurs propos

Mémoire de fin d'étude

lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites à la fin de l'étude c'est à dire au plus tard en fin septembre 2009.

Au début de l'entretien, je leur donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions qu'elles souhaiteront me poser. Elles seront ainsi à mesure de me dire si elles veulent ou non participer à l'étude.

Les infirmières qui accepteront de participer à l'étude, signeront un formulaire qui confirmera leur accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, elles seront en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonymes et pourront faire l'objet de publication dans les revus professionnelles.

Je reste à votre disposition pour toute autre information complémentaire donc vous aurez besoin au sujet de cette étude.

Tout en remerciant de porter attention à ma demande et dans l'attente d'une réponse de votre part,
Je vous transmets Madame mes meilleures salutations.

Carine NDJOUNBI

**ANNEXE IX : INFORMATION DESTINÉE
AUX PERSONNES PARTICIPANT À
L'ÉTUDE**

ETUDE SUR : « L'approche culturelle dans les interventions infirmières chez un patient diabétique musulmans pratiquant »

Menée par **CARINE NDJOURMI** étudiante à la HES SO VALAIS/WALLIS à Sion dans le cadre de son mémoire de fin d'étude

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de mémoire de fin d'étude, réalisé en vue de l'obtention de mon diplôme en soins infirmiers à la HES SO VALAIS/WALLIS de Sion, je mène une enquête sur la prise en charge des patients musulmans diabétique.

Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements et je vous en remercie infiniment.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative pour vous. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pouvez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et nous fixerons un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital au moment qui vous conviendra le mieux, en tête à tête avec moi durant environ quarante-cinq minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites à la fin de l'étude c'est à dire au plus tard en fin septembre 2009.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi à mesure de me dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonymes et pourront faire l'objet de publication dans les revues professionnelles.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information

ANNEXE X : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

ETUDE SUR : « L'approche culturelle dans les interventions infirmières chez un patient diabétique musulmans pratiquant »

Menée par **CARINE NDJOUNBI** étudiante à la HES SO VALAIS/WALLIS à Sion dans le cadre de son mémoire de fin d'étude

Formulaire de consentement éclairé destiné aux personnes participant à l'étude

La soussignée :

- Certifie être informée sur le déroulement et les objectifs de l'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informée qu'elle n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette étude.
- Est informée du fait qu'elle peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour elle-même.
- Accepte que l'entretien soit enregistré, puis transcrit anonymement dans un document.
- Est informée que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude à savoir au plus tard en fin septembre 2009.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.

La soussignée accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'en-tête.

Date :

Signature :