

Des consultations d'éducation thérapeutique pour les personnes exilées atteintes de maladies chroniques

Dans le cadre des missions assurées par le comité médical pour les exilés, des consultations infirmières d'éducation thérapeutique sont organisées à l'attention de personnes exilées atteintes de maladies chroniques. Les difficultés de communication (langue, culture) et la précarité des patients rend la consultation infirmière complexe.

L'an dernier, près de 15 000 consultations pour des patients de 100 nationalités différentes, en majorité des exilés fuyant leur pays d'origine, ont été organisées par le centre de santé du Comede (Comité médical pour les exilés). Des consultations médicales, infirmières ou sociales délivrées, pour 35 % d'entre elles, en langues étrangères et pour 13 % à l'aide d'interprètes professionnels. Une consultation d'éducation thérapeutique accueille notamment les personnes atteintes de maladies chroniques telles que l'asthme, le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle. De nombreuses difficultés entravent encore l'accès aux soins.

Éducation thérapeutique pour le patient exilé

Les consultations d'éducation thérapeutique sont effectuées par un médecin et une infirmière de santé publique et dispensées en dix langues : français, anglais, arabe, russe et avec un interprète professionnel en bangali, hindi, ourdou, pullar, soninke et tamoul. La démarche éducative mise en œuvre se veut transversale, c'est-à-dire appliquée aux trois pathologies chroniques mentionnées et pluriprofessionnelle (médecin, infirmière). Elle se développe en quatre étapes :

- diagnostic éducatif ;
- négociation d'objectifs ;
- intervention éducative ;
- évaluation des résultats avec reprise éducative sur plusieurs mois, voire plusieurs années.

Utiliser les ressources du système de santé, faire valoir ses droits et avoir une bonne observance médicamenteuse sont les compétences spécifiques à acquérir et à maintenir, d'autant que les objectifs comportementaux restent difficiles à mettre en œuvre pour certains.

Monsieur R

Il est recommandé d'ajouter la pratique d'une activité physique aux propositions alimentaires pour normaliser la glycémie, la tension artérielle et éviter la surcharge pondérale. Quand nous rencontrons, avec l'interprète, Monsieur R, Sri-lankais de 35 ans, il réside depuis trois mois en France et souffre de diabète de type 2 avec obésité. Les premières consultations d'éducation thérapeutique sont difficiles car Monsieur R pleure beaucoup. Il est suivi en psychothérapie. Il a un regard fixe, perdu, oublie ses rendez-vous.

À force de sollicitations et d'encouragements de notre part, il finira par avoir un suivi régulier et se découvrira une motivation pour l'activité physique. Il ira jusqu'à faire une heure et demie de marche chaque jour dans un parc près de chez lui, s'achètera même des baskets et nous les fera admirer. Au fil du temps, il perd quelques kilos, son regard est moins triste. Mais un jour, il vient consulter, l'air abattu, voulant absolument nous parler sans attendre. En faisant son jogging quotidien, il s'est fait arrêter par un policier qui le suspectait de trafic de drogue. Il a été fouillé, ses baskets ont été lacérées, il a dû retourner chez lui pour vérification d'identité. Il a été traumatisé par sa mésaventure et nous nous sentons un peu responsables...

Monsieur N

Lors du diagnostic éducatif avec Monsieur N, originaire du Mali, 35 ans, se dessine une vie d'immigré malien vivant dans un foyer de la banlieue parisienne, venu travailler pour envoyer de l'argent à sa femme et ses enfants restés au village, heureux d'avoir retrouvé son frère et ses amis du Mali dans ce foyer. Bien sûr, il est "en plus" et dort par terre, mais il a un emploi dans des sociétés de nettoyage. Ce n'est pas toujours l'idéal car Monsieur N est asthmatique depuis l'adolescence.

Diagnostic éducatif, identification d'objectifs, intervention éducative et évaluation des résultats à distance sont les quatre étapes suivies dans la démarche éducative.



Mais en France au moins, il arrive à se soigner depuis cinq ans, dit-il. Néanmoins il continue à faire des crises d'asthme. À la deuxième consultation, nous devons voir ensemble quels objectifs particuliers établir avec lui en dehors des objectifs de sécurité, qui consistent à rendre le patient capable de repérer des signes d'alerte d'une crise d'asthme, d'appliquer la conduite à tenir face à une crise, de gérer les risques.

Monsieur N nous fait part d'une crise d'asthme la semaine passée qui l'a bouleversé. Son frère s'est parfumé avec un spray d'eau de toilette, déclenchant une violente crise. Celui-ci s'est fâché et l'a mis à la porte. Dans la panique, il n'a retrouvé ni ses médicaments, ni son ordonnance. Le voyant dans un tel état, son meilleur ami s'est précipité vers la pharmacie la plus proche où, en expliquant la situation, le pharmacien lui a vendu pour 69 euros un inhalateur avec une association de corticoïde et de bêta 2 mimétique qui ne correspondait pas à son traitement. Ne connaissant pas ce traitement, il ne l'a pas pris, et la crise a fini par céder...

N'ayant pas de papiers, Monsieur N travaille de moins en moins. La fatigue, le stress et la promiscuité aidant, il se retrouve à la charge de son frère et de ses amis.

La solidarité traditionnelle s'est transformée. « *Je suis un poids pour mon frère* », dira-t-il. Nous voyons avec lui comment s'organiser : classer ses papiers, son attestation d'aide médicale d'État, avoir son inhalateur près de sa brosse à dents et son bronchodilatateur d'action rapide dans sa poche. L'infirmière, avec l'aide d'un interprète en soninke, sa langue maternelle, l'encourage, le soutient, lui apprend à réagir en cas de crise. La démarche de soins consiste aussi à éviter le risque d'isolement social, familial, en l'aidant à retisser des liens avec son frère, à ne pas perdre son meilleur ami qui l'héberge actuellement.

Implication multidisciplinaire

Au-delà de l'anecdotique, ces histoires soulignent la complexité des consultations infirmières avec des patients aux prises avec les difficultés de la vie. « *Le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation, le lieu de vie ne doivent pas être discriminants. Ils doivent au contraire être pris en compte pour adapter le programme d'éducation thérapeutique, en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques.* »¹ Ainsi, un programme d'éducation thérapeutique peut prendre plusieurs formes et revêt donc un caractère multidisciplinaire où tous les professionnels de la santé ont leur place mais « *... c'est probablement le milieu infirmier qui, le premier, affirma la nécessité de tenir compte dans la prise en charge du patient d'une dimension préventive et éducative.* »² Au Comede, le programme d'éducation thérapeutique a été mis en place par un médecin et une infirmière de santé publique tandis que les consultations sont effectuées sans distinction, par l'un ou l'autre. •

Notes

¹ HAS-INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007, p. 53. Ce document est téléchargeable sur www.has-sante.fr.
² D'Ivernois J.F. Ganayre P. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Maloine. 2004. 27

Florence Rouleau-Favre

infirmière en santé publique au Comité médical pour les exilés.

Hôpital Bicêtre (AP-HP), Le Kremlin-Bicêtre (94)

florence.rouleaufavre@comede.org