

# Médecine Pratique

## CONSEILLER DES PATIENTS DIABÉTIQUES AU TÉLÉPHONE : APPROCHE DESCRIPTIVE ET PÉDAGOGIQUE

P.Y. TRAYNARD (2), I. OUSS (1), J. F. d'IVERNOIS (2), R. GAGNAYRE (2)

### **SUMMARY - The use of telephone for counseling diabetic patients: a descriptive and pedagogic approach.**

This descriptive study of telephone interviews, conducted between the staff of a diabetes unit and patients, is intended to clarify a professional manner in which the telephone should be used as part of patient care. Having examined simulated calls from diabetic patients, analysis of the interviews conducted by the doctors, nurses and members of the office staff in a hospital unit demonstrates wide differences in the content, the quality of the content, and the interview strategy. An interpretation of the results signals the importance of the manner in which the staff member answers, a knowledge of patients' genuine needs, and an ability to adequately acknowledge the emotional state of the patient. Structuring telephone conversations, allowing sufficient time for patient responses, avoids over-long interviews. The decisions taken by the staff member answering the call, in terms of advice and suggestions of actions to take, must be systematically backed-up by ensuring that the patient has properly understood what has been said. The study poses a number of questions, notably concerning the specific requirements demanded by these new remote-care services in the organization of care within a hospital unit, and the professional approach to the use of the telephone as part of the relationship with patients. Recommendations are given concerning the general principles governing a telephone interview and the definition of training objectives for healthcare professionals.

*Key-words:* education, counseling, telephone, diabetes, training.

**RÉSUMÉ** - Ce travail repose sur une expérience de simulations de demandes de conseil par téléphone, conduite dans un service hospitalier de diabétologie. L'analyse des enregistrements des entretiens menés par des membres de l'équipe médicale et paramédicale révèle de grandes disparités dans les stratégies des soignants, l'interaction avec le patient et les éléments de leur contenu. Nous soulignons l'importance des techniques d'abord du patient, de la recherche du motif réel de son appel, de la prise en compte de son état émotionnel. Les principes qui sous-tendent la structure d'un conseil téléphonique sont développés afin de mettre en évidence comment exploiter le récit du patient, l'aider à participer à la prise de décision, et vérifier sa compréhension des actions à entreprendre et leur application à court terme. Cette nouvelle approche professionnelle de l'éducation d'un patient diabétique soulève des questions en termes d'organisation, de compétences spécifiques. Nos recommandations portent sur les principes pédagogiques d'un conseil téléphonique à visée éducative et la définition des objectifs d'une formation professionnelle s'y rapportant.

*Mots-clés :* éducation, conseil, téléphone, diabète, formation.

 : P.Y. Traynard, Département de Pédagogie des Sciences de la Santé, UFR SMBH Léonard de Vinci, Université Paris 13, Rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny.  
Email : traynard@club-internet.fr  
Received : August 10th, 2001

(1) FOREUM, Association de formation à l'écoute des urgences médicales, 2 rue Adèle, 93250 Villemonble

(2) Laboratoire de Pédagogie de la Santé, UPRES EA 3412, UFR SMBH Léonard de Vinci, Université Paris 13, 93017 Bobigny.

**I**l n'est pas envisageable, dans notre société, qu'un soignant de quelque spécialité qu'il soit, puisse exercer sans utiliser à un moment ou un autre un téléphone. Cet outil de communication est tellement présent dans la vie professionnelle que son utilisation paraît banale, simple, indispensable, et incontestablement à la portée de tous. En dehors du vis-à-vis de la consultation, il est devenu le principal lien entre les patients et les soignants : évidemment utilitaire quand il s'agit de planifier des rendez-vous, de demander un renseignement, sécurisant quand il faut trouver une aide rapide, convivial dès que la conversation prend un tournant plus intime, et même parfois anonyme...

Dans le cadre du suivi des patients atteints de maladies chroniques et plus spécifiquement du diabète, le téléphone prend une place de plus en plus importante tant pour répondre à leurs questions, les conseiller que pour les aider à prendre des décisions concernant l'aménagement de leur traitement dans leur vie quotidienne. Certains voient là un moyen d'entretenir leur motivation à se soigner au jour le jour, d'améliorer leur observance thérapeutique. Ainsi, l'entretien téléphonique peut s'avérer une technique pédagogique essentielle dans le suivi éducatif des patients diabétiques. Nous avons donc cherché à identifier les étapes, les procédures à respecter pour conférer pleinement à cet entretien une dimension pédagogique et améliorer son efficacité.

Notre expérience dans le cadre de la régulation médicale pour des appels d'urgence relevant des SAMU [1, 2] et dans l'éducation thérapeutique des patients diabétiques [3] nous a permis de définir des recommandations sur la gestion d'un appel à visée éducative et sur les principes et objectifs de formation des soignants à cette technique d'entretien à distance.

## ■ LE TÉLÉPHONE : UN OUTIL À USAGES MULTIPLES

L'utilisation du téléphone dans le rapport patient-soignant tend à se généraliser. Il n'existe pas à proprement parler de typologie de ces usages mais on peut essayer de faire un classement dans cet ensemble de pratiques téléphoniques aux objectifs très différents [4].

Le téléphone est largement utilisé dans la pratique courante pour planifier des soins, rechercher un renseignement ou réguler les prises de rendez-vous. Nous ne développerons pas les principes attenants à ce type de relation qui relèvent des formations au secrétariat téléphonique. On peut toutefois souligner l'importance des premières secondes d'accueil, des formules verbales de présentation, du choix des mots, positifs, rassurants, de l'usage de phrases courtes, du mode grammatical (privilégier le présent par exemple) et des attitudes physiques perceptibles par l'interlocuteur lors de la conversation (*Tableau 1*).

La réponse aux situations médicales urgentes « à distance » (Service d'Aide Médicale d'Urgence, médecine aérospatiale et navale) repose essentiellement sur l'appréciation de la gravité de la situation au travers d'un appel via une ligne dédiée. L'appel peut être justifié par un événement signant un processus nouveau de la pathologie ou par un incident intervenant dans la gestion au long cours de la maladie. Les raisons motivant cet appel peuvent être subjectives ou objectives. Mais la caractéristique principale de ce type de recours tient à cet état de tension particulière, à cette phase critique où le malade et/ou l'appelant pensent ne pas pouvoir assumer ou résoudre seuls le problème auquel ils sont confrontés. Cette remarque sur la soudaineté et la précision de l'appel est toujours valable que l'on ait auparavant initié le patient à appeler dans un service de suivi (type ligne dédiée « hot line »), ou qu'il fasse un numéro permanent promu auprès du grand public, du type 15.

Notre expérience dans ce domaine nous a amenés à pointer des critères essentiels pour la réussite d'un « diagnostic » par téléphone :

- repérer et reconnaître de façon précise les symptômes qui alertent le patient, les situer dans l'ensemble des informations délivrées (signes d'un risque vital ; évolutivité de la pathologie ; capacités d'intervention de l'entourage ; ressources matérielles à disposition) et dans le processus qui entourent l'appel (motif de l'appel, nature du lien entre l'appelant et le patient, ...);
- préciser le type de tension psycho affective (panique, colère, agressivité, calme, ...) qui peut influencer fortement la qualité de la gestion de l'appel ;
- déterminer le lien entre l'événement présent et la pathologie sous-jacente, afin d'intégrer sa gestion dans une approche plus globale de la maladie (incident inaugural ou secondaire, possibilité d'intrication avec une affection préexistante).

Les deux derniers points permettent au professionnel de « rentabiliser » l'appel en définissant au mieux les modalités d'intervention et le suivi escompté.

Plus récemment des expériences visant à prodiguer plus ou moins régulièrement des informations ou des conseils téléphoniques ont été faites et publiées dans le cadre du suivi de patients inclus dans des protocoles de recherche [5-8]. Cette approche a été développée dans plusieurs directions.

D'une part, on retrouve des programmes basés sur l'appel systématique du patient par un soignant. Dans ce cas le soignant nommé appelant, le plus souvent une infirmière, suit un guide d'entretien préétabli. Les thèmes les plus fréquents portent sur les problèmes d'observance, l'auto surveillance, et les effets secondaires des médicaments. Ce type d'appel a aussi été automatisé et aboutit à une conversation du patient avec un système informatisé. Chaque appel est structuré par des messages de 5 à 8 minutes, modulés par les informations (données de son autocontrôle, symptômes...) que le patient peut délivrer au moyen des

TABLEAU I. Attitudes physiques perceptibles au téléphone.

Tenez-vous droit	Penché sur votre bureau, soutenu par un coude vacillant, votre voix « tombe ».
Décontractez-vous	Décrocher son téléphone c'est ouvrir une porte ; on vous imaginera immédiatement.
Souriez	Le sourire s'entend au téléphone.
Parlez doucement	On vous entend aussi bien à des milliers de kilomètres qu'à un bureau voisin.
Parlez plus lentement	Votre élocution doit être plus claire que de coutume, Votre débit doit être moins rapide que dans un entretien face à face.
Pas de bruits non identifiables	Ne vous grattez pas la gorge : on croit que c'est un train qui passe ! Ne grommelez pas, ne soupirez pas : l'appareil amplifie !
Pas d'acrobaties	Vous ramasserez votre crayon après : vos efforts pour traîner le téléphone sous la table se sentent très bien. Toute gesticulation a des répercussions sur votre voix et votre attention.
Concentrez-vous	Le manque d'attention que vous portez à votre interlocuteur est parfaitement ressenti et souvent mal vécu !
Ne cachez pas le récepteur avec la main	On entend tout aussi bien ce que vous avez à dire à votre voisin. L'effet peut être désastreux (jugement de valeur, information différente, ...).
Téléphonez devant un miroir	Vous voir vous incitera à vous comporter au meilleur de vous-même.
Respirez	Le rythme d'une respiration calme donne de l'impact à vos propos.
Manifestez de la bonne humeur	Faites-vous une règle de notifier à votre interlocuteur que vous êtes heureux de l'avoir en ligne.
Ayez des égards pour l'interlocuteur	Le téléphone ne doit pas être prétexte à bâcler les marques de politesse. Raccrocher brutalement équivaut à claquer la porte.

touches téléphoniques. Aux Etats-Unis, les patients semblent assez satisfaits par ces appels qui les rassurent, les encouragent. On note aussi une certaine influence positive sur le contrôle glycémique des patients les plus mal équilibrés.

D'un autre côté, il existe des systèmes d'appels moins formalisés réalisés par des infirmières qui, sous contrôle médical, appellent elles-mêmes les patients dans le but de promouvoir les soins préventifs nécessaires, de vérifier l'observance thérapeutique. Peu dif-

férents des appels automatisés dans leur contenu, ces entretiens d'un style plus convivial et éducatif semblent aboutir aux mêmes résultats.

Si ces quelques études récentes témoignent de l'intérêt d'un entretien téléphonique intervenant dans le suivi des patients [4, 7, 8], la variabilité de leurs résultats ne permet pas de privilégier une approche ni de reconnaître quels sont les principes d'efficacité d'un conseil téléphonique.

TABLEAU II. Grille d'analyse d'un entretien téléphonique (S.I.C.) -principaux éléments-.

<b>Stratégie de l'entretien</b>
Durée de l'entretien.
Type de conduite de l'entretien : structuré, aléatoire
Type de propositions : alternative, multiple ou en cascade
Présence de reformulation-synthèse
Recueil et classification des informations
Recentrage de l'entretien sur les éléments d'évaluation de la gravité
<b>Interaction entre l'appelant et le soignant</b>
Caractéristiques vocales : synchronisation, modulation, fluidité, ...
Répartition des temps de parole
Capacités d'écoute :
– assertions facilitantes : reformulation, forme et type de question, ...
– assertions limitantes : formulation négative, tics et mots dangereux, jugement de valeur, information parasite, ...
– reformulation-synthèse
Prise en compte d'indices émotionnels exprimés ou non : hésitation, changement de fluidité, de volume de la voix, ...
<b>Contenu</b>
Recueil des coordonnées du patient,
Présentation du soignant et de sa fonction,
Différenciation du motif exprimé de la demande sous jacente
Type et pertinence de la décision
Utilisation des signes objectifs, subjectifs, cliniques, émotionnels
Prise en compte des conditions de l'environnement
Synthèse de l'entretien en proposant un contrat au patient.

## ■ UNE EXPÉRIENCE D'ANALYSE DE CONSEILS TÉLÉPHONIQUES

Nous avons pour notre part conduit une expérience d'analyse d'entretiens téléphoniques dans un service hospitalo-universitaire de diabétologie ayant mis en place un système de réponse aux patients « 24 heures sur 24 » [9]. Ce système n'était pas explicitement formalisé dans le sens où il n'existait pas de référentiel écrit de conduite d'entretien visant à conseiller un patient. Néanmoins au vu de leurs compétences et de leur expérience, certains médecins, infirmières ou secrétaires médicales étaient nommément habilités à répondre.

Afin d'identifier les caractéristiques d'un conseil téléphonique, nous avons administré à ces personnels, au hasard et sur une période de plusieurs mois, des entretiens simulés reproduisant les problèmes ou les motifs d'appels les plus fréquemment rencontrés par ce service. Ces appels menés par un acteur rompu à cette pratique ont été enregistrés, puis analysés à l'aide d'une grille d'évaluation couramment utilisée en médecine d'urgence en particulier au S.A.M.U. 93 [10]. Les trois axes de lecture de l'acte portent sur la Stratégie de l'entretien (S) mise en oeuvre par le professionnel, l'Interaction entre le soignant et le patient (I) et les éléments de contenu (C) en particulier de sémiologie, pris en compte (grille S.I.C. *Tableau II*).

Nous avons pu dégager de cette étude les constats suivants. Il existe, selon les axes d'analyse de la grille S.I.C., une grande hétérogénéité dans le déroulement des actes pratiqués. En effet, les entretiens sont plus souvent centrés sur le professionnel que sur le malade. Ils sont fréquemment construits à partir de ce que le soignant croit comprendre d'emblée de la situation du patient, ce qui l'entraîne alors à se limiter simplement au motif d'appel. Néanmoins une grande proportion des décisions sont pertinentes ce qui confirme le sentiment de maîtrise, par les professionnels impliqués, des problèmes posés. Mais une structuration plus pertinente des entretiens permettrait sans aucun doute de mieux comprendre les raisons de l'appel du patient.

C'est ainsi que notre expérience nous fait préconiser une démarche inverse, motivée par le fait que c'est le patient qui décide d'appeler. Il faut donc construire l'entretien sur ses préoccupations et le conduire à partir de ses propres raisons qui l'ont conduit à appeler.

La phase initiale de cette écoute est importante à cet égard. Elle permet de choisir un mode relationnel qui facilite la recherche de la demande implicite. Il faut en effet souligner que le motif d'appel n'est souvent qu'une entrée en matière [11], une sorte de prétexte que le malade imagine convenir au soignant. Il faut donc l'explorer systématiquement par des techniques de communication telles que des phases de reformulation, l'utilisation alternative de questions ouvertes et fermées, la recherche d'informations contributives par un questionnement visant à faire raconter la situation par le patient.

On constate fréquemment une faible synchronisation vocale ce qui indique une prise en compte insuffisante de l'émotion du patient. La synchronisation vocale au cours d'un entretien est la capacité à prendre la forme du discours de l'interlocuteur. C'est une caractéristique témoignant assez fidèlement de la compréhension des émotions ressenties et exprimées par le patient lui-même.

Ainsi, les soignants paraissent souvent envahis par leur propre émotion conduisant à des jugements de valeur avec l'utilisation fréquente de mots malencontreux négatifs ou dévalorisants.

La plupart des interactions manquent de productivité. En d'autres termes, les répondants ne mettent pas assez en oeuvre des techniques pour évaluer en temps réel la progressivité de l'entretien, en conduisant le patient à exprimer sa compréhension au moment de l'entretien. Ceci pourrait être fait à l'aide de techniques classiques telles que des reformulations, par exemple « si je vous comprends... » visant à renvoyer à l'interlocuteur ce qui a été compris. Cette phase offre au patient la possibilité de réajuster instantanément son discours et par là de signaler sa capacité à participer à une compréhension réciproque.

Enfin, peu d'entretiens sont conclus par une synthèse et, si c'est le cas, elle manque souvent de conci-

sion et de clarté. Pourtant, un acte d'éducation doit se conclure par un contrat engageant les deux parties [12, 13]. La participation du patient à la formulation d'une synthèse conclusive est un critère majeur d'évaluation de la compréhension de l'acte et donc des possibilités de son application.

Parallèlement, il faut résoudre les difficultés induites par la distance qui appauvrit les canaux de communication, et par le caractère éphémère de ce type d'appel, ce qui nécessite de densifier la conduite de l'entretien. Cet acte apparaît souvent au professionnel non-initié comme étrange en comparaison de l'acte en vis-à-vis tel que la consultation, qui est de longue date organisée. Une tendance commune est alors de réduire ses exigences, au point d'en faire une « mise au point » provisoire sur le thème exprimé. Tout se passe comme si les soignants utilisaient le téléphone comme dans leur sphère privée, sans lui conférer les caractéristiques d'un outil professionnel.

## ■ LES PRINCIPES D'UN CONSEIL TÉLÉPHONIQUE À VISÉE ÉDUCATIVE

Notre réflexion visant à définir le caractère professionnel, éducatif, d'un conseil téléphonique repose sur trois questions.

### **Comment déterminer, au-delà de la première expression d'un appel, le motif réel justifiant une demande d'assistance ?**

Le premier principe, comme pour tout acte procédant d'une rencontre, est d'accueillir et de rassurer son interlocuteur. Accueillir un patient, c'est commencer par se présenter nominalement, rappeler sa fonction et sa structure d'appartenance. La deuxième précaution est de fixer rapidement les conditions de poursuite de l'entretien (temps estimé, limites possibles, ...) ou les possibilités de rappel en cas d'interruption (numéro à rappeler, procédures de rappel, ...).

Plusieurs études ont signalé que le motif d'appel est une simple forme d'introduction [8, 11] du patient qu'il imagine convenir au personnel hospitalier pour justifier son appel. Selon notre constat, les soignants interviennent trop rapidement dans le discours des patients en se centrant uniquement sur le premier motif exprimé. La demande réelle doit donc être systématiquement recherchée. Il est important de favoriser l'expression du patient de telle manière à le conduire à découvrir ou exprimer d'autres motifs. Rappelons une nouvelle fois que c'est le patient qui appelle ; il est donc légitime de penser que toute la gestion de l'entretien doit être menée dans l'intention de comprendre la logique de l'appel.

Pour réaliser au mieux cette phase, nous recommandons les attitudes suivantes :

1) Laisser dans un premier temps le patient évoquer sa situation sans l'interrompre [14, 15] et le

soutenir dans sa description narrative lorsqu'il s'arrête spontanément la première fois. Classiquement, si on laisse une personne s'exprimer sans interruption, son discours dure rarement plus de 2 minutes d'affilée. La production d'informations pertinentes durant cette période n'est pas toujours optimale mais le patient aura le sentiment d'avoir pu s'exprimer. C'est un élément fondamental pour la poursuite de l'entretien et sa qualité.

2) Rechercher et stimuler par des questions ouvertes les descriptions des actions entreprises (« Qu'avez-vous fait immédiatement ? Plus tard ? Quelles analyses avez-vous effectuées ? Avec quel matériel ? ») des gestes effectués (« Comment avez-vous fait précisément ? »), de leurs effets (« Comment se présente la situation maintenant ? Que voyez-vous ? Qu'observez-vous ? Quels les résultats lisez-vous ? Que constatez-vous ? »), des éventuels diagnostics de la situation (« Comment avez-vous reconnu que... ? Quel est votre avis ? Qu'entendez vous par ? »). Le choix des questions est d'autant plus important qu'il n'y a pas la possibilité de prendre en compte pleinement les informations de type non verbal : signes d'acquiescement, d'incompréhension, de transformation de la part du patient, signes physiques d'émotion (exceptée la perception de la voix et du souffle), ... Il faut tenir compte de la distance et de l'absence d'informations visuelles ou tactiles, voire olfactives... et se donner les moyens d'obtenir des informations équivalentes. C'est en conduisant le patient par des questions supplantant ces manques de sens que l'on peut approcher une information équivalente.

Une évocation précise des conditions d'environnement (« Qui est avec vous ? Sur quelle aide pouvez-vous compter ? Où êtes-vous ? Quelle disponibilité avez-vous ? »), ou de la charge émotionnelle ressentie par le patient (« Comment vous sentez-vous ? Quels sentiments éprouvez-vous maintenant ? »), peut aussi être d'une grande utilité pour estimer par exemple la confiance en soi du patient, sa possible maîtrise de la tâche à réaliser.

Cette phase de reprise des étapes du récit sous forme de petites séquences de questionnement, de description de signes, de gestes, d'évocation de sentiments et d'émotions est essentielle pour établir un diagnostic. Elle doit permettre le repérage le plus complet possible des éléments utiles pour différencier le motif d'appel du motif réel, distinguer les causes bio-cliniques, psycho-sociales ou pédagogiques d'un incident ou d'une situation à risque.

3) Évaluer le niveau émotionnel de l'appelant par la fréquence, la modulation, le volume, la fluidité et le ton de sa voix. Cette indication est précieuse pour déterminer quelles sont les capacités actuelles du patient à faire face à la situation. Un état de panique pousse à l'évidence à cibler l'entretien uniquement sur sa sécurité immédiate.

4) Procéder à une évaluation des possibilités de communication de l'appelant : le choix des mots, le niveau d'abstraction sont autant de caractéristiques verbales d'une personne. Elles indiquent au soignant comment réaliser la meilleure synchronisation possible (adapter son langage, son débit de parole, son vocabulaire) afin de faciliter le récit du patient et secondairement l'application des éventuelles décisions.

Ces 4 étapes sont nécessaires pour aboutir à un véritable diagnostic de situation. À leur terme, il est possible d'identifier les causes réelles de l'incident, et évaluer les ressources du patient et de son environnement, indépendamment des ressources externes mobilisables.

Enfin, soulignons à nouveau que la pratique de synthèses et de reformulations tout au long de l'entretien, en revenant fréquemment sur le motif d'appel tel qu'il est compris par le soignant, est indispensable pour s'assurer d'une compréhension mutuelle de la situation. Cette validation par le patient est une nécessité avant d'envisager les actions à entreprendre.

### **Comment élaborer une stratégie d'aide pour que le patient puisse participer aux décisions, mettre en application ce qui a été décidé, et comment vérifier qu'il a effectivement compris ?**

Un premier principe stipule que le patient et/ou son entourage peut toujours faire quelque chose, être partenaire dans la démarche de résolution du problème posé.

La distanciation, capacité que le soignant possède d'être observateur de son action en même temps qu'il la conduit, est une composante de tout acte de consultation. Elle lui permet d'en évaluer la progression et la productivité. Au téléphone, cette capacité répond à d'autres règles et techniques. En effet, ce mode de communication impose la prise en compte simultanée, interactive, de la stratégie à mettre en œuvre, de la gestion relationnelle, et des aspects sémiologiques.

Dans le cas des situations urgentes justifiant une action immédiate (intervention d'un tiers, geste précis, contrôle strict d'un paramètre) les consignes données au patient doivent être très précises, clairement exprimées et surtout univoques et d'une application très simple. Cette substitution rapide est justifiée par la situation et ses impératifs de sécurité.

Dans les situations non urgentes, il peut être préférable d'accompagner le patient dans l'élaboration des solutions. Cette progression par étapes est basée sur une technique de régulation dite du « pas à pas », sur la détermination d'objectifs très simples, en procédant par « accords-réajustements ».

Les objectifs de chaque étape doivent répondre à au moins 3 critères :

- la production immédiate. Toute demande de réalisation d'un geste technique (par ex : réaliser une glycémie capillaire, une analyse d'urines), d'une ob-

TABLEAU III. Principales caractéristiques d'un entretien téléphonique.

<b>Pour conduire l'entretien</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation du professionnel, de l'institution</li> <li>• Évaluation des capacités relationnelles du patient</li> <li>• Évaluation du statut socio-culturel (capacité d'abstraction, langage courant)</li> <li>• Perception de l'état émotionnel du patient</li> <li>• Recherche de la demande exprimée et de la demande sous-jacente</li> <li>• Questions compréhensibles</li> <li>• Recherche et mémorisation par les soignants des données contributives</li> <li>• Synthèse et reformulation régulière des éléments du diagnostic de situation</li> <li>• Énoncé clair des hypothèses diagnostiques</li> </ul>
<b>Pour donner un conseil</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consignes compréhensibles, concrètes</li> <li>• Proposer des moyens d'application pratiques : mémorisation, notation des conseils par le patient</li> <li>• Consignes données étapes par étapes</li> <li>• S'assurer que le patient fait les liens entre les consignes successives</li> <li>• Vérification fréquente de la compréhension et/ou de la réalisation des actions par le patient</li> <li>• Évaluation de la qualité de l'action effectuée par le patient</li> </ul>

servation (par ex : défaire un pansement pour décrire une plaie, faire décrire par une personne de l'entourage du patient un « malaise »), d'un exercice d'interprétation ou de raisonnement (par ex : reconnaître la signification d'un ensemble de glycémie notée sur un carnet de surveillance), doit être faite dans le but d'obtenir des renseignements contributifs et pertinents par rapport au problème posé ;

– la possibilité d'une application immédiate par le patient. Elle s'appuie sur l'évaluation préalable de ses potentialités et de ses compétences. En situation d'urgence, de stress, il est extrêmement difficile de faire réaliser un geste nouveau à une personne. Par contre, on peut faire appliquer des capacités déjà acquises, par des consignes claires, précises, concrètes, compréhensibles et énoncées de façon séquentielle ;

– un effet immédiatement, ou à très court terme, perceptible par le patient. L'action conditionne la maîtrise de la situation ce qui renforce la réassurance du patient. Il faut pour cela lui fournir les indicateurs lui permettant de faire des liens entre les consignes successives, et la vérification de leur bon déroulement. Cet accompagnement passe par la vérification étape par étape de la compréhension et de la réalisation des

actions en cours, de la mémorisation ou la notation des conseils par le patient.

Il est reconnu que toute action de conseils à visée éducative dans le domaine des maladies chroniques se caractérise par une conclusion de type contractuelle engageant les deux parties [12, 13]. La recherche de la participation du patient à l'énoncé d'une synthèse de type conclusive est un critère majeur d'évaluation de la compréhension de l'acte et de la possibilité effective de son application. Dans le conseil téléphonique ce type de conclusion comporte au moins trois dimensions :

– l'explication par le patient de ce qu'il vient de faire ;

– un engagement du soignant sur la poursuite d'un accompagnement : rendez-vous de consultation, rappel téléphonique programmé ou non, délégation à un tiers défini... ;

– un engagement du patient sur les conditions de l'application de ce qui a été réalisé au cours de cet entretien, c'est-à-dire ce qu'il va réellement faire dans l'immédiat ou à court terme pour résoudre le problème posé ou éviter sa récurrence (Tableau III).

TABLEAU IV. *Objectifs d'une formation à l'entretien téléphonique avec des patients atteints de maladies chroniques.*

- Au cours d'un entretien téléphonique le soignant doit être en mesure de :
- Se présenter nominalement et présenter sa fonction
- Nommer la structure d'appartenance.
- Procéder à une évaluation socioculturelle de l'appelant : techniques de synchronisation du langage avec celui du patient (choix des mots, abstraction, caractéristiques verbales, ...)
- Induire une relation interpersonnelle, laisser le patient évoquer des signes subjectifs
- Se représenter physiquement l'appelant et son environnement
- Évaluer le niveau émotionnel de l'appelant (voix, fréquence, modulation, volume, fluidité).
- Différencier le motif d'appel exprimé du problème réel sous jacent.
- Utiliser une stratégie de questionnement, évaluer la gravité, poser un diagnostic, pour comprendre une situation
- Évaluer la productivité de l'entretien téléphonique.
- Construire une sémiologie à distance par des techniques de substitution de l'absence physique
- Organiser une démarche de conseil, d'apprentissage
- Élaborer des critères de contrôle de la perception et de l'application du conseil donné ou de l'apprentissage réalisé
- Déterminer un contrat engageant l'appelant et le répondant
- Faire réaliser une synthèse de l'entretien par le patient
- Organiser le suivi du patient : intégration du conseil donné ou de l'apprentissage dans le temps (rappels, rendez-vous téléphonique).
- Intégrer l'acte à distance dans la prise en charge habituelle du patient (dossier du patient, stratégie de collecte des informations du service, ...)

## ■ COMMENT INTÉGRER CES CONSEILS ÉDUCATIFS PAR TÉLÉPHONE, DANS L'ENSEMBLE DES ACTES DE SUIVI DU PATIENT ?

Ces activités téléphoniques sont parties intégrantes du programme d'éducation thérapeutique. Comme toute activité, elles visent des buts spécifiques auxquels les autres activités ne permettent pas de répondre.

Elles prennent tout d'abord leur place comme moyen pour le soignant d'aider le patient à appliquer des conduites, des procédures dans la vie quotidienne, à résoudre des problèmes et à anticiper de nouvelles situations. Dans ce sens elles sont plus à l'usage du patient pour suppléer à des difficultés de distance, recourir rapidement à une aide d'analyse et de résolution d'incident.

La collection des motifs réels d'appel devrait trouver une place dans un dossier de suivi pour au moins deux raisons. D'une part, le recensement de ces motifs peut refléter les défauts de compétence des patients mais également la qualité des actions éducatives menées par les soignants. Dans les deux cas les informations obtenues constituent une partie de l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique. D'autre part, l'analyse des motifs reflète les difficultés que rencontrent les patients dans leur pratique quotidienne de leur traitement et de sa surveillance et peut donc être un outil d'évaluation « épidémiologique ».

Enfin le conseil téléphonique pourrait être un outil très ciblé de formation « en situation » du patient ou de son entourage. Cette éducation à distance est conditionnée par la formulation d'objectifs pédagogiques préparés pour une séquence d'apprentissage très précise.



Il est un fait que cette utilisation du téléphone tendra dans les années à venir à se développer. Cette tendance est parallèle à la mise à disposition des patients de plus en plus de ressources d'informations et éducatives. Comme pour toute nouvelle pratique incluse dans une stratégie thérapeutique, la maîtrise du conseil téléphonique à visée éducative nécessite des compétences spécifiques. L'ensemble des objectifs décrits dans le *Tableau IV* peuvent à ce titre être inclus dans un programme de formation professionnelle.

## ■ CONCLUSION

L'utilisation du téléphone par des professionnels de santé dans la prise en charge des patients diabétiques ne s'improvise pas. L'entretien téléphonique répond à des principes communs à tout entretien mais également spécifiques de par la nature même de ce média. L'installation d'un service d'aide téléphonique dans les services hospitaliers nécessite de réfléchir avant même son installation à son utilité, sa place dans la stratégie d'éducation des patients par rapport aux consultations et aux programmes d'éducation mis en place par exemple. Il faut surtout, semble-t-il, prendre en compte ses spécificités de manière à rendre l'entretien productif, facilitant l'apprentissage du patient et l'amenant à prendre des décisions rassurantes. L'utilisation optimale du téléphone nécessite pour les personnels de recevoir une formation adaptée. Les expériences pédagogiques menées dans d'autres secteurs, en particulier l'Aide Médicale Urgente, pourraient servir d'exemples pour faciliter l'acquisition de compétences portant sur la communication et la gestion de l'interaction avec le patient ainsi que la maîtrise de la stratégie d'aide à la décision. Il semble également important que des études soient poursuivies pour mieux comprendre les particularités de l'utilisation du téléphone dans le suivi et l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. En effet, dans une perspective de reconnaissance financière des activités d'éducation, il sera important de montrer que ces temps téléphoniques sont des temps d'éducation thérapeutique du patient à part entière.

Remerciements au Docteur Bernard Cirette pour ses conseils.

## RÉFÉRENCES

- Gagnayre R. La formation des permanenciers de régulation médicale (PARM)-Le rôle fondamental de l'interaction avec l'appelant dans le SAMU-Centre 15. Organisation, activités, techniques de régulation médicale. Eléments stratégiques. SFEM éditions, *collection médecine d'urgence*, 1997, 103-109.
- Nguyen. Méthodes de régulation en médecine d'urgence - À propos de 19 simulations, Thèse de Médecine, UFR SMBH Léonard de Vinci, Université Paris 13, 1997, 102.
- Traynard PY, Elgrably F, Selam JL, Slama G. Une nouvelle stratégie d'éducation et de prise en charge des diabétiques insulinodépendants. *Diabetes Metab*, 1998, 24, 173-177.
- McBride CM, Rimer BK. Using the telephone to improve behavior and health service delivery. *Patient Education and Counseling*, 1999, 37, 3-18.
- Friedman RH, Kazis LE, Jette A, Smith MB, Stollerman J, Torgerson J, Carey K. A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension. Impact on medication adherence and blood pressure control, *Am J Hypertension*, 1996, 9, 285-292.
- Leprohon J. Decision making strategies for telephone triage in emergency medical service. *Med Decis Making*, 1995, 240-253.
- Piette JD, Weinberger M, Kraemer FB, Mc Phee SJ. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a department of veterans affairs health care system : a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 2001, 24, 202-208.
- Kirkman MS, Weinberger M, Landsman PB, Samsa GP, Shortlife EA, Simel DL, Feussner JR. A telephone-delivered intervention for patients with NIDDM. Effect on coronary risk factors. *Diabetes Care*, 1994, 17, 840-846.
- Traynard PY, Ouss I, Gagnayre R. L'entretien téléphonique dans la prise en charge des patients diabétiques : approche descriptive. DESG. Grenoble. 2000. *Diabetes Metab*, 2000, 26, 75.
- Ouss I, Gagnayre R, Leclercq G. Formation au diagnostic par téléphone des médecins régulateurs de centre 15. Colloque National des CESU, Strasbourg, Novembre 1993.
- Schabanel H. Le soin infirmier par téléphone dans le suivi des pathologies chroniques, Maîtrise d'état en Sciences de la Vie, mention Soins - option : infirmière, Université Paris 13, 1993.
- Gagnayre R, Traynard PY, d'Ivernois JF, Slama G. An analysis of the teaching techniques used in diabetic specialist consultations. *Patient Education and Counseling*, 2000, 39, 163-167.
- d'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer un patient. Approche pédagogique, Paris, Vigot, 1995.
- Smith RC, Hoppe RB. The patient's story : integrating the patient and the physician-centered approaches to interviewing. *Ann Int Med*, 1991, 115, 470-477.
- Golberg DP, Jenkins L, Millar T, Faragher EB. The ability of training general practitioner to identify psychological distress among their patients. *Psychol Med*, 1993, 23, 185-193.