

**CAHIER  
SPÉCIAL**  
ACTEUR DE  
SA MALADIE

# Dossier

**HUG**  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
Juin 2011

[www.hug-ge.ch](http://www.hug-ge.ch)

Des patients  
experts **IV-V**



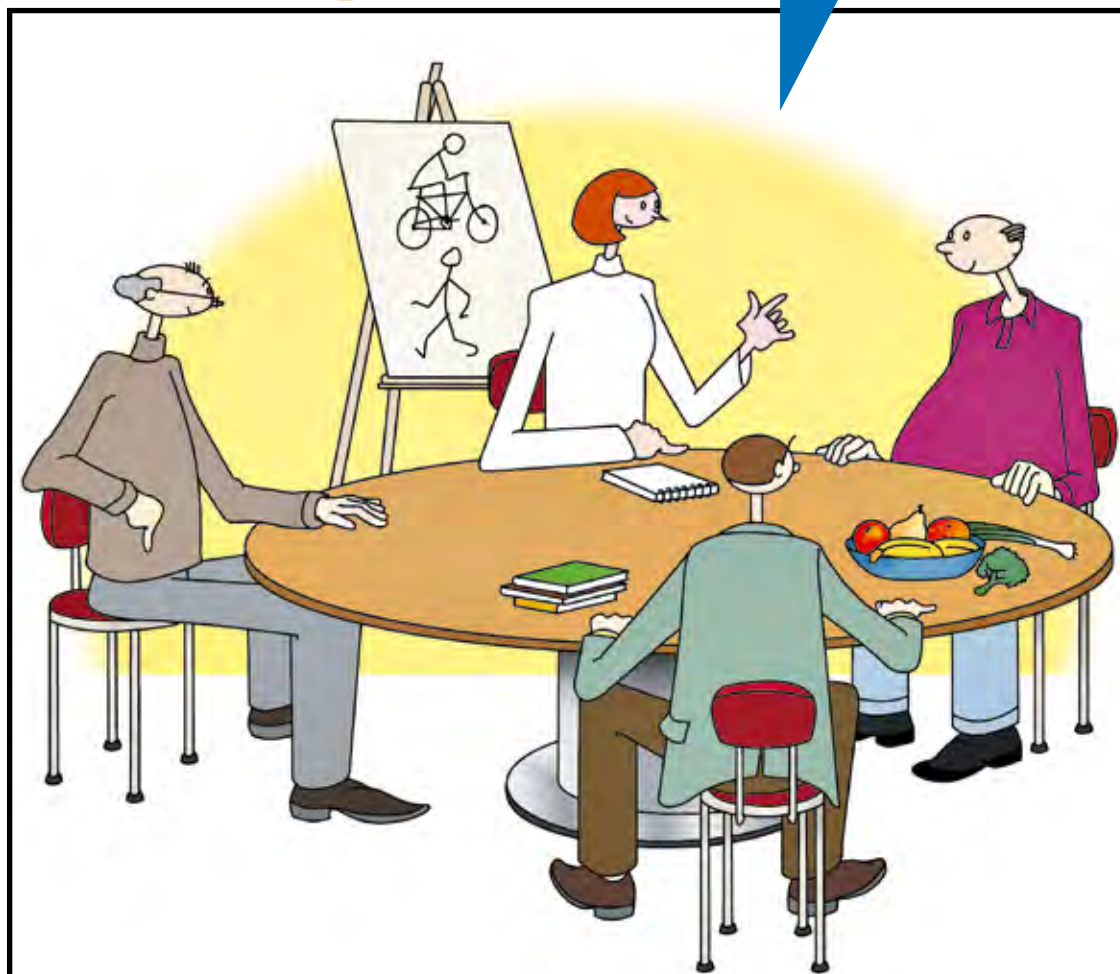
Trouver  
la motivation **VI**



Marcher  
autrement **VII**



Atelier  
d'art-thérapie **VIII**



## Etre **acteur** de sa maladie

pages II - VIII

Publicité

concept: HUG

Les HUG sont le 1<sup>er</sup> centre mondial de transplantation d'îlots de Langerhans. Une fois greffées, ces cellules produisent naturellement l'insuline qui manque aux malades.

**HUG**  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
L'INNOVATION



Aujourd'hui, **diabète ne rime plus** forcément  
avec injection d'**insuline.**

[www.hug-ge.ch](http://www.hug-ge.ch)

com-ra.ch

# On gère mieux sa maladie quand on la connaît

**Le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, fleuron des HUG, est centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé depuis 1983. Son approche est centrée sur le patient. Objectif: le rendre autonome en tenant compte de ses besoins et de ses ressources.**

Qu'on se le dise: 80% des patients souffrent de maladies chroniques! Epidémie de diabète et d'obésité, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, asthme, épilepsie, etc. Les HUG l'ont compris depuis longtemps puisqu'ils sont depuis trente ans une référence internationale en éducation thérapeutique du patient (ETP). Le Pr Jean-Philippe Assal a joué un rôle de pionnier: en 1983, le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques (à l'époque unité de traitement et d'enseignement du diabète) a été érigé en centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé sur ce sujet (lire ci-dessous). «Un label qui témoigne de la compétence et de la longue tradition des HUG dans ce domaine», relève le Pr Alain Golay, médecin-chef du service d'enseignement thérapeu-

tique pour maladies chroniques. De quoi parle-t-on? L'éducation thérapeutique est un ensemble de pratiques visant à donner au patient des compétences afin qu'il puisse prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les soignants.

## Stratégie efficace

Cette stratégie est très efficace: un article, publié en 2010, résumant 36 méta-analyses, soit quelque 600 études incluant 50 000 patients, révèle que l'ETP améliore de manière significative la qualité de vie, l'adhésion au traitement et diminue les complications. Pour le diabète, 80% d'amputations et 90% de cécité en moins; pour l'asthme, 80% d'hospitalisations évitées suite à une crise; pour les

maux de dos chroniques, 50% de retour au travail. «Sur le plan de la santé publique, un franc investi en rapporte quatre», souligne le Pr Golay.

JULIEN GREGORIO / PHOTEA



## Le patient au centre

Concrètement, l'approche est centrée sur le patient. Le but est de tenir compte de ses besoins, ses peurs, son contexte ou encore ses ressources. En fait, toutes

les activités (entretiens, cours, ateliers) s'inscrivent dans un dialogue et apprennent au patient à s'auto-gérer. «Pour cela, il faut qu'il acquière des connaissances et des compétences. Par exemple, pour le diabétique, reconnaître les hydrates de carbone et les glucides et gérer son autocontrôle glycémique; pour l'asthmatique, savoir bien utiliser son spray;

«Nous devons donner du pouvoir au patient pour qu'il devienne en quelque sorte cothérapeute et prenne des décisions.»

Pr Alain Golay

pour la personne souffrant de mucoviscidose, faire correctement des exercices de physiothérapie», relève le Pr Golay. Et d'ajouter: «Nous devons donner du pouvoir au patient pour qu'il devienne en quelque sorte cothérapeute et prenne des décisions.»

L'enseignement s'applique non seulement aux maladies chroniques, mais encore aux problèmes de dépendance, quelle que soit la compétence à acquérir. En résumé, l'ETP s'appuie sur un travail global multidisciplinaire - incluant infirmière,

## Centres collaborateurs de l'OMS

Les centres collaborateurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont des institutions, instituts de recherche, départements d'universités ou hôpitaux qui font partie du réseau international de collaboration pour soutenir les programmes de l'OMS en matière de recherche, de formation, d'information ou encore de services. Tous les centres sont désignés à l'initiative d'un département de l'OMS à l'issue d'une collaboration fructueuse de plusieurs années dans la réalisation conjointe d'activités planifiées.

On en compte actuellement plus de 800 dans plus de 80 pays, dont 17 en Suisse et 6 impliquant les HUG. Outre le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques (Pr Alain Golay), citons:

- le service de prévention et contrôle de l'infection (Pr Didier Pittet) pour la sécurité des patients.
- le centre de vaccinologie et immunologie néonatale (Pr Claire-Anne Siegrist) pour la recherche et la formation en vaccinologie néonatale.

- le service d'addictologie (Dr Daniele Zullino) et le département de psychiatrie de l'Université de Genève (Pr Benedetto Saraceno) pour la recherche et la formation en santé mentale.
- le service de cybersanté et télémédecine (Pr Antoine Geissbuhler) pour l'e-Health.
- l'institut d'histoire de la médecine et de la santé (Pr Bernardino Fantini) pour la recherche historique en santé publique.

G.C.

## LIRE +

**Maigrir sans stress,**  
par Alain Golay,  
(Payot, 2008)

**Comprendre son diabète et son alimentation,**  
par Jean-Philippe Assal et Alain Golay, (Médecine et Hygiène, 2003)



Parmi les thématiques abordées lors des journées motivationnelles, la diététique, qui comprend notamment des ateliers pour repérer les graisses cachées.

physiothérapeute, diététicien, psychologue voire art-thérapeute (lire en page VIII). Il se fonde sur une cinquantaine de modèles psychopédagogiques et sociaux, dont l'entretien motivationnel (lire en page VI) et les techniques d'affirmation de soi. « Il faut tenir compte des aspects psychosociaux du patient, travailler avec ses connaissances, ses conceptions, son vécu émotionnel, ses raisonnements intimes et son image ou estime de soi. Ces quatre dimensions sont à explorer avec

lui pour diminuer sa résistance au changement. Il ne devient acteur de sa maladie que s'il sait, s'il sait faire et s'il accepte. L'éducation thérapeutique lui permet d'évoluer en acceptant d'être autrement en restant le même », insiste le Pr Golay. A l'arrivée, la personne possède ses propres stratégies qui vont l'aider, dans la vie de tous les jours, à surmonter les obstacles à un bon suivi des traitements ou les difficultés liées au stress, aux horaires de travail, aux contraintes familiales, etc.

#### Plateforme pour les autres services

Déjà bien implantée au sein des HUG, l'éducation thérapeutique occupe également une place de choix dans le nouveau plan stratégique des HUG (2010-2015), qui s'est fixé comme deuxième objectif majeur de « relever les défis de santé publique », dont celui de développer la prise en charge des maladies chroniques. « Notre service doit devenir une plateforme de compétences pour tous les autres services des HUG

en développant un rôle de support transversal sous forme d'aide méthodologique. Nous avons déjà développé plus de trente programmes dans les HUG et continuerons à en mettre sur pied partout où une problématique est soulevée. Par ailleurs, nous devons poursuivre et améliorer la collaboration avec les médecins traitants, installés en ville, qui nous réfèrent de nombreux patients », conclut le Pr Golay.

Giuseppe Costa

## Élargir le regard des soignants

Formés dans le domaine des soins aigus, les soignants sont souvent démunis pour accompagner avec succès les patients sur le terrain de la chronicité. Partant de ce constat, la Faculté de médecine de l'Université de Genève propose depuis 1998 un certificat (CAS) et un diplôme (DAS) de formation continue en éducation thérapeutique du patient (ETP), dont la responsable est Aline Lasserre Moutet, pédagogue au service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des HUG.

Ces formations, suivies chaque année par une vingtaine de personnes d'horizons divers (médecin, infirmier, diététicien, physiothérapeute, etc.), ont pour but d'améliorer l'accompagnement et le suivi à long terme des malades chroniques pour leur offrir une qualité de vie optimale, une meilleure efficacité des soins ainsi qu'une diminution des complications. « L'un des enjeux majeurs pour les soignants est d'élargir leur regard sur les situations quotidiennes vécues

par les patients devant prendre en charge leur maladie chronique. La formation sera l'occasion pour eux de rencontrer les mondes des sciences humaines et sociales sur lesquels ils ont habituellement très peu de connaissances et qui pourront devenir de nouvelles balises pour penser et élargir leur pratique d'ETP », explique-t-elle. Le CAS (4 modules sur une année) permet d'acquérir une méthodologie et des outils pour construire avec les malades un projet éducatif à

partir de leurs besoins. Le DAS (10 modules sur trois ans) complète le parcours par un volet de formation de soignants et de coordination sur le terrain. « Au travers des travaux de validation de chaque module et du développement du projet éducatif, nous cherchons à construire des compétences en ETP et à forger une identité de soignant-éducateur capable de diffuser les connaissances », précise Aline Lasserre Moutet.

G.C.

# Des patients « experts » de

Propos recueillis par : Cécile Aubert, Giuseppe Costa et André Koller. Dessins de Simon.

## J'ai choisi la dialyse péritonéale pour rester indépendant

Pendant plus de dix ans, j'ai stabilisé mon diabète. Mais comme l'insuffisance rénale est une maladie silencieuse qui progresse petit à petit, elle m'a mené jusqu'à la dialyse.

Mais quel genre de dialyse choisir ? Durant une matinée, des infirmières spécialisées ont exposé les avantages et inconvénients des deux techniques : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse. Nous étions une dizaine de personnes concernées, cela a donné lieu à beaucoup de questions, pratiques pour les uns et liées à leurs angoisses pour les autres. Cet échange est très important et riche en enseignement.

Nous avons également vu une fistule et un cathéter qui nous seront



implantés selon notre choix en accord avec les médecins.

La décision appartient à chacun en fonction de ses propres critères. Après une réflexion personnelle, en pesant le pour et le contre, j'ai choisi la dialyse péritonéale. J'ai trouvé cette solution plus physiologique et, surtout, elle m'offre plus d'autonomie en me permettant de travailler la journée et d'effectuer la dialyse la nuit. J'aime être indépendant.

Cette demi-journée comporte d'autres avantages. On fait connaissance avec des infirmières que l'on va ensuite côtoyer en ambulatoire. On découvre aussi qu'on n'est pas seul à vivre quelque chose d'aussi lourd. Cela brise le tabou de l'hôpital. Je tiens à souligner avec reconnaissance le professionnalisme, la disponibilité et l'empathie de l'équipe soignante du service de néphrologie des HUG.

(Christian, 69 ans, dialyse péritonéale)

## J'ai vu ce qu'on allait me mettre dans le genou



J'adore marcher, aller aux champignons ou encore faire du vélo. Pour continuer, il fallait qu'on m'opère du genou parce que le cartilage était trop usé et le fémur nécrosé. Après une discussion avec le chirurgien, j'ai opté pour une prothèse partielle (unicompartmentale) plutôt qu'une prothèse totale car, en conservant une partie des ligaments croisés, cela me donnerait une meilleure mobilité sur les terrains irréguliers. Deux semaines avant l'opération, un physiothérapeute a donné

une information sur deux heures à un petit

groupe de six personnes dont je faisais partie. En plus des renseignements sur l'opération proprement dite, il nous a montré des kits complets de prothèses et comment les différents éléments s'imbriquent, à l'image du tenon et de la mortaise pour le charpentier. J'ai trouvé intéressant de voir ces différents éléments : je savais avec quoi j'allais me retrouver ensuite. En plus, cela a suscité des questions que j'ai pu poser directement et également au chirurgien la veille de l'opération. On nous a également expliqué comment allait se passer les premiers jours de rééducation, les mouvements de torsion à éviter et qu'il faudrait patienter une année pour être complètement rétabli. Pour toutes ces raisons, j'ai abordé sereinement l'opération en octobre dernier et je suis, aujourd'hui, heureux de pouvoir à nouveau jardiner ou marcher deux heures sans avoir mal.

(Jean-Luc, 68 ans, prothèse du genou)

## J'ai appris à avoir une hygiène de vie, à trouver un équilibre entre activité et repos

En 2002, j'ai eu une pancréatite aiguë. L'infirmier de diabétologie m'a conseillé de m'adresser au service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques. J'ai donc découvert mon diabète, que je ne sentais pas, à cause de cette pancréatite qui m'a terrassé. Je voulais à tout prix éviter d'en refaire une, les douleurs sont insupportables, quasiment inhumaines ! Le Pr Golay m'a reçu et m'a inscrit à la semaine sur le diabète. J'ai appris à mieux l'appréhender. Au début, j'étais un brin sceptique, je me disais : mais que va-t-on bien pouvoir faire pendant une semaine ? Puis j'ai appris à avoir une hygiène de vie, à trouver un équilibre entre activité et repos, à manger à heures fixes et à modifier mes habitudes alimentaires. Ce n'est pas facile, cela prend du temps, il m'a fallu 10 ans. J'en suis à la phase de perte de poids. Mon cas est spécial, car j'ai un régime hyper-limité, sans graisse, à cause de mon pancréas. Je retourne au service quand j'ai besoin de soutien, de motivation, d'encouragements, car ce n'est pas toujours facile de maintenir le cap quand on est diabétique.

(Eric, 50 ans, diabétique)

# leur maladie

## Je ne suis plus l'esclave de mes pulsions

Il y a deux ans environ, mon problème d'alcool est devenu super grave. J'avais atteint le fond du trou. J'avais déjà suivi plusieurs programmes thérapeutiques, sans succès. Au bout, il y avait toujours la rechute. Le programme basé sur la méditation de pleine conscience [ndlr: Mindfulness based relapse prevention] est justement ciblé sur la problématique de la rechute. C'est exactement ce dont j'avais besoin. Maintenant, cela fait 14 mois que je ne bois plus. Les séances de groupe m'ont

appris à identifier le mal-être qui me faisait boire. Je sais vivre ici et maintenant. Je contrôle le fil de mes pensées. Avant, je n'arrivais pas à switcher mon esprit sur off autrement qu'en le noyant sous des flots d'alcool. Je pratique cette méditation environ une fois par jour ou quand le besoin s'en fait sentir. J'ai vraiment le sentiment que cela a modifié durablement mon état de conscience. J'ai appris à distinguer entre les automatismes



et les actions réalisées en pleine conscience. C'est essentiel. Je ne suis plus l'esclave de mes pulsions.

(Jennifer, 47 ans, ex-dépendante à l'alcool)

## Les séances en groupe m'ont libéré

J'ai eu ma première crise d'épilepsie à Genève en 2008, à la veille d'examens scolaires très importants pour moi. Au cours du séjour aux HUG qui a suivi, j'ai appris le nom de ma pathologie. En Haïti, d'où je viens, à cause du vaudou, l'épilepsie n'est pas diagnostiquée par les médecins. Ceux qui en souffrent sont considérés comme les victimes d'un jeteur de sort et traités comme des pestiférés. Avec le groupe d'éducation thérapeutique, j'ai pu dire les choses sans tabou ni réserve. Je me suis libéré. J'ai pris conscience aussi qu'il existe des cas plus sévères que le mien. J'ai beaucoup apprécié d'une part les informations scientifiques sur le fonctionnement des différentes parties du cerveau. D'autre part, les conseils pratiques, comment éviter une crise, ce qu'il faut dire aux amis et aux proches sur les comportements à adopter en cas de crise. La sensibilisation à un usage régulier des médicaments est très bien expliquée aussi. J'ai participé à quatre séances de deux à trois heures. Très franchement, j'aurais aimé qu'il y en ait davantage, voire même régulièrement, pour continuer à échanger avec d'autres patients souffrant de la même maladie.

(Paul, 36 ans, épileptique)

## J'ai compris le danger de rester dans de mauvaises habitudes alimentaires

Je travaillais dans l'événementiel et j'ai rencontré le Pr Golay à un colloque sur... l'obésité. Je suivais des régimes depuis l'adolescence et mon poids faisait du yoyo. Nous avons sympathisé et il m'a dit: « appelez-moi quand vous serez prête. » Il m'a fallu deux ans! J'avais changé de travail, je courais moins. Je me suis dit c'est le moment de changer, j'en ai l'énergie. Il m'a dit d'emblée: « vous devez dire à tout le monde que vous êtes obèse donc en danger de mort. » Je le rencontre en entretien en tête-à-tête depuis deux ans et demi, au début c'était une fois par mois, puis tous les deux mois, et maintenant nous allons tester un rendez-vous tous les trois à quatre mois...

Ce n'était pas toujours plaisant, il me remettait gentiment sur le droit chemin. J'ai dû laisser mon orgueil de côté. On se sent parfois fragile, on dérape. Mais lors des rendez-vous, on fait le bilan, on discute,

on y va en douceur. Son approche m'a parlé, j'ai eu un déclic. J'ai compris le danger de rester dans de mauvaises habitudes alimentaires, mais aussi d'être trop dure avec soi-même. En deux ans et demi, j'ai perdu 17,5 kilos. Seule, ce ne serait pas

possible, il faut être coachée, écoutée. L'accompagnement est essentiel.

(Stéphanie, 37 ans, ex-obèse)



# La motivation, clé du changement

**Introduit aux HUG il y a une quinzaine d'années, l'entretien motivationnel donne aux soignants les outils pour aider les patients à changer des comportements à risques.**

On a parfois dans notre entourage une amie ou un proche qui se tue à petit feu, par la boisson, la fumée ou les excès de table. Les longues discussions, les mises en garde, même une description des affres et de la mort abominable qui l'attend n'ont aucun effet sur lui. Au contraire, c'est comme si notre sollicitude ne faisait qu'attiser ses mauvaises habitudes.

Grâce aux travaux des psychologues anglo-saxons William Richard Miller et Stephen Rollnick, cette résistance est désormais un phénomène bien compris. Leurs études ont montré qu'elle est stimulée par certaines attitudes. Lesquelles? Curieusement à peu près toutes celles que nous aurions tendance à adopter naturellement pour venir au secours de notre prochain. Comme trouver des arguments persuasifs, donner des bons conseils, fournir d'excellentes solutions, mais aussi faire peur, moraliser, blâmer, ironiser, menacer, ordonner, etc.

Alors comment faire? Selon Miller et Rollnick, la seule démarche efficace est d'amener le patient à

trouver lui-même ses arguments et solutions. Ce qu'ils ont appelé l'entretien motivationnel. «*Cela consiste à explorer et comprendre les motivations profondes du patient. Il faut l'écouter et l'encourager et surtout éviter absolument de vouloir le corriger*», explique Florence Scherrer, infirmière spécialiste clinique et formatrice en entretien motivationnel aux HUG.



Evaluer ses facteurs de risques sur un tableau didactique.

Dans cette approche, la hiérarchie soignant/patient est abolie. Tous deux sont des experts: l'un en santé, l'autre de sa vie. Le dialogue s'engage sur un pied d'égalité et un mode collaboratif. Et puis, subtilement, au fil de la conversation, le soignant accouche le patient de lui-même. En reformulant ses phrases et en restituant ses émotions, il met au jour des ressources que son interlocuteur ignorait avoir.

«*Ces ressources sont très diverses: un ressort psychologique qui a fonctionné par le passé, une motivation qui a produit des*

*bons résultats, un attachement sentimental, etc. Notre rôle n'est pas de trouver ces moyens, mais de les susciter, les soutenir et les valoriser au maximum*», souligne Florence Scherrer.

## Formation

L'entretien motivationnel a été introduit aux HUG il y a une quinzaine d'années, en alcoologie, par le Dr Pascal Gache. Depuis, il a fait ses preuves avec les patients qui doivent changer certaines habitudes afin de diminuer les risques de récurrence - par exemple après un infarctus ou accident vasculaire cérébral - ou retarder une issue fatale en cas de maladie chronique grave (obésité, diabète). Chaque année, des centaines de soignants et professionnels de santé sont formés à cette approche.

André Koller

## LIRE +

**Pratique de l'entretien motivationnel: Communiquer avec le patient en consultation,** par Stephen Rollnick et William Richard Miller, (InterEditions, 2009)

## Auto-traitement par le web

**Destiné à des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, ce programme prévoit onze étapes pour aller mieux.**

«*Ce n'est pas de la cyberpsychothérapie, nous suivons le patient par e-mail chaque semaine, pour l'encourager et vérifier qu'il comprend bien les étapes du programme. Et bien sûr, s'il va mal, nous l'appelons*», précise Isabelle Carrard, la psychologue en charge de ce projet. Sur

une base volontaire, le patient, qui est très souvent une femme, doit suivre un parcours sur ordinateur pendant 4 à 6 mois. On lui propose des séquences classiques de thérapie cognitivo-comportementale, avec bagage théorique et exercices à accomplir sur l'ordinateur.

Les thèmes en sont par exemple «s'auto-observer», «trouver ses déclencheurs», ou encore «voir les choses autrement».

«*Le côté pratique a séduit le service du Pr Golay, car les malades chroniques suivent déjà un programme thérapeutique chargé. L'idée de passer par le web, c'est une autre approche. Après une évaluation, le patient reçoit un mot de passe et il gère ces étapes à son rythme*», explique la psychologue.

Cette étude a été menée de 2008 à 2010. Elle en est actuellement à la phase d'analyse et de validation. Il s'agit de répondre à ces questions: quels changements chez quels patients? le comportement alimentaire s'est-il amélioré? le patient va-t-il mieux? à quel profil de patient le programme est-il mieux adapté? Les résultats seront publiés dans l'année.

Cécile Aubert

# Une autre façon de marcher

**Une étude menée aux HUG prouve qu'il existe des solutions pour minimiser le risque d'amputation lié au pied diabétique. Comme modifier sa manière de marcher.**

Depuis 15 ans, le Dr Zoltan Pataky, médecin-chef de clinique au service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, mène une recherche sur la prévention des ulcères plantaires chez les patients diabétiques. Il en a même fait le sujet de son doctorat de médecine à l'Université de Genève, sous la direction du Pr Jean-Philippe Assal, qui dirigeait alors ce service. Une thèse qui a été récompensée par le prix Denber-Pinard en 2000. «C'est le Pr Assal qui est à l'origine de ce projet de recherche. La Fondation pour l'enseignement et l'éducation des malades qu'il dirige a permis de financer une grande partie de travaux en lien avec cette étude», précise le Dr Pataky. «Et nous travaillons en collaboration avec la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève.»

## Mieux vaut prévenir

En cas d'ulcère plantaire, la technique habituelle est de décharger le pied en immobilisant à l'aide d'une chaussure de décharge, d'un plâtre ou d'autres techniques. Mais même si cela soulage sur le moment, cela n'empêche pas le patient de remarcher comme avant. «La chaussure de décharge agit comme un pompier, elle éteint le feu. Mais elle est inutile en termes de prévention. Nous, nous mettons justement l'accent sur la prévention, afin de rééquilibrer la pression plantaire», explique le Dr Pataky.

C.A.

Une des conséquences du diabète est la neuropathie périphérique des membres inférieurs avec déformation des pieds et diminution, voire perte, de la sensibilité à la douleur. «Les patients diabétiques à haut risque podologique ont perdu la sensibilité protectrice à la douleur des membres inférieurs. Il est donc courant qu'ils souffrent d'une blessure inaperçue», explique le Dr Pataky. Cette blessure qui se forme sur les zones d'hyperpression plantaire peut évoluer vers ce que l'on appelle un mal perforant plantaire. Vu que le malade ne sent pas la douleur, il continue à marcher comme si de rien n'était. Les ulcères peuvent donc s'infecter et s'aggraver, d'où le risque d'amputation.

### Le biofeedback

Comme le pied n'envoie pas de feedback au cerveau, ces patients diabétiques ne peuvent pas adapter leur marche. L'idée est donc qu'ils apprennent à marcher autrement afin d'épargner les zones à risque. Et ceci, grâce à une technique mise au point par l'équipe du Dr Pataky: le *biofeedback*. «Il s'agit

## De la semelle à l'écran

Le système utilisé actuellement pour la recherche du Dr Pataky est une semelle avec 99 capteurs qui mesurent la pression plantaire. Au début de la recherche, les chercheurs des HUG avaient développé un appareil muni d'un seul capteur qui émettait des bips quand la pression plantaire était trop forte. «Les 99 capteurs actuels permettent de cartographier le

C.A.



**Le Dr Zoltan Pataky mène une recherche sur la prévention des ulcères plantaires chez les patients diabétiques.**

de développer une autre façon de marcher, en partenariat avec le patient.»

Concrètement, c'est une courbe qui apparaît sur l'écran de l'ordinateur et montre au patient sa manière de se déplacer par rapport à sa zone à risque. «Une semelle munie de multiples capteurs mesure la pression plantaire sous le pied, et reproduit sur l'écran d'ordinateur la façon dont le malade marche», indique le médecin. «Il peut ainsi constater par lui-même la pression exercée sur la zone où le risque est élevé de faire un ulcère.»

Muni de ces précieuses informations sur sa démarche, le patient ajuste ses pas pour faire baisser

la pression. A lui de trouver une manière de ménager les zones à risque. «Cela demande du temps, c'est un entraînement. Mais les malades trouvent l'expérience presque ludique», relève le Dr Pataky. L'idée est qu'ils marchent automatiquement, sans aucun effort supplémentaire de concentration. «Nos résultats montrent que les patients arrivent à maintenir cette nouvelle façon de marcher pendant 10 jours», annonce-t-il. «Maintenant, il s'agit de prouver que cet apprentissage peut faire ses preuves à plus long terme, sur 6 mois à 1 an.»

Cécile Aubert

Publicité



# « Se raconter autrement »

**Retrouver son imaginaire grâce à la peinture, au collage ou à la terre glaise. C'est ce que propose l'atelier d'art-thérapie destiné aux malades chroniques.**

« Aujourd'hui vous allez faire de l'art-thérapie. Qu'est-ce que cela éveille chez vous? Cela vous parle-t-il? » demande Cristina Anzules, art-thérapeute dans le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques. Ce mercredi matin d'avril, elle s'adresse à un groupe de dix personnes qui suivent la quinzaine d'hospitalisations pour patients souffrant d'obésité. L'art-thérapie en fait partie, sous la forme de deux sessions d'une heure et demie chacune par semaine. « Elle permet de faire apparaître quelque chose que l'on ne peut

parfois pas exprimer avec les mots », leur annonce Cristina Anzules. Une patiente demande alors: « Comment le fait de créer contribue-t-il à une guérison? Parce qu'on extériorise? » Et l'art-thérapeute de répondre: « créer, c'est un mouvement qui permet de mettre à l'extérieur de soi un sentiment, une sensation. Celle-ci va prendre forme par la matière. L'art invite à se raconter autrement, soi et son rapport au monde. » La discussion est lancée et, après un moment d'échanges, la thérapeute propose différentes techniques pour que chaque

patient puisse passer à la phase suivante: la création.

## Avoir accès à l'imaginaire

Peinture, aquarelle, crayons de couleur, pastel, terre glaise, matériel de collages, mandalas à colorier, ou encore photos, la palette est vaste et le patient n'a plus qu'à choisir. « Je vous propose ces matières pour que vous puissiez entrer dans votre monde imaginaire, émotionnel, retrouver des sensations. Et pour expérimenter si c'est une approche qui vous convient et qui pourrait vous accompagner dans votre parcours de guérison », annonce la thérapeute.

Puis, chacun montre au groupe ce qu'il a dessiné, colorié ou fabriqué, et parle de ce que cette expérience lui a provoqué comme sensations ou émotions. « Ce n'est

pas le résultat qui compte, leur a expliqué Cristina Anzules, mais l'expérience de l'acte de création et le partage au sein du groupe. »

L'art-thérapie est une démarche qui encourage la personne à entrer dans une dimension subjective. A explorer des domaines émotionnels, affectifs. « On invite le patient à se reconnecter à son monde sensible et sensitif par des créations, des jeux. Pour l'amener à se rencontrer lui-même et ne pas rester seulement dans la rationalité. »

## Ouvrir des portes

Pour Cristina Anzules, la maladie fige l'individu, elle nécessite une prise en charge quotidienne. Le patient se coupe de son monde émotionnel, sensible. Les médiations artistiques lui permettent de se reconnecter à ce qu'il est dans son humanité, dans son être tout entier. Il n'est pas qu'une personne malade. Et, parfois, l'art-thérapie peut provoquer des tsunamis d'émotions. Preuve en est cette patiente qui, en débutant la deuxième séance, confie au groupe: « Le cours de la semaine dernière a créé des bourrasques en moi, cela m'a servi pour voir plus clair à l'intérieur de moi. »

Cristina Anzules croit en la capacité de l'art-thérapie d'ouvrir une porte: « dans le cas de patients coupés de leurs affects, sans accès à leur imaginaire, la création est souvent une porte fermée à double tour. Là, ils ont l'occasion d'explorer ce territoire oublié qui va leur permettre de trouver un accès à leur monde émotionnel qu'ils ont verrouillé pour survivre... »



JULIEN GREGORIO / PHOVEA

Cristina Anzules (au milieu), art-thérapeute au service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques.

Cécile Aubert

Publicité



**LINDEGGER**  
maîtres opticiens

examens de la vue, lentilles de contact,  
lunettes, instruments...

Cours de Rive 15, Genève 022 735 29 11  
lindegger-optic.ch