



DIABÈTE ÉDUCATION

Journal du D.E.S.G de langue française.

Section francophone du Diabetes Education Study Group

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

Supplément au Vol. 6 - N° 3 - 1995

RÉSUMÉS DES POSTERS PRÉSENTÉS AU PREMIER COLLOQUE DE LA SECTION

Acquisition des connaissances en diabétologie à travers le jeu. Résultats préliminaires d'une expérience pédagogique

C. Aprile, M.F. Sojka, F. Preseau, C. Devred, Y. Crepin, C. Dhaeneus, B. Coeugnet, D. Ben Soussan, A. Quiquempois et O. Verrier-Mine, Service de diabétologie-endocrinologie, C.H.G., Valenciennes.

Pour l'adolescent diabétique, l'étape de l'hospitalisation est le plus souvent ressentie comme une contrainte alors que c'est un lieu de confrontation utile pour améliorer l'acceptation et le traitement de son diabète. Nous avons imaginé un jeu de piste composé de huit stands, installés dans les différents points du service et aminés par toute l'équipe soignante (médecins, infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitalier, psychologue, diététiciennes et secrétaires, lors d'une hospitalisation de semaine ou de jour pendant les vacances scolaires.

Dix-huit jeunes de 9 à 24 ans (moyenne d'âge de 15 ans), pour la plupart en difficultés avec leur diabète, répartis en sept équipes y ont participé. Les thèmes abordés sous forme de jeux étaient : l'hyperglycémie par mimes, les signes urinaires par des mots croisés, l'hypoglycémie par « dessinez, c'est gagné », les zones d'injection par Colin Maillard, le vocabulaire

Glucomédia : programme d'apprentissage multimédia interactif sur le diabète

N. Aris-Jilwan, M. Gardina, C. Cooper, J. Brodeur, C. Lamoureux, E. Desmangles, M. Gosselin-Pellerin et M. Somma. Hôpital Notre-Dame et Université de Montréal.

L'étude du DCCT a prouvé l'importance du bon contrôle du diabète pour en réduire le risque de complications. L'éducation des patients diabétiques sur leur maladie revêt une importance majeure pour l'obtention de ce contrôle. Les recherches ont démontré que la variété des stimuli visuels et sonores, l'animation et l'interactivité augmentent la rétention des connaissances. Pour permettre une plus grande diffusion de l'information sur le diabète, l'équipe du Centre de jour pour diabétiques de l'Hôpital Notre-Dame et le GRAEMI de l'Université de Montréal collaborent au développement d'un système d'apprentissage multimédia interactif sur le diabète, utilisant

Évaluation du programme d'enseignement Diabétaide à l'intention des professionnels de la santé

M.C. Barbeau, F. Harel, Y. Lepage, C. Robillard, N. Savoie, L. Tremblay. Association du diabète du Québec.

Cette étude avait pour principal objectif d'évaluer l'impact du programme d'enseignement Diabétaide à l'intention des professionnels de la santé sur leurs connaissances et leurs comportements. Nous avons évalué 41 sujets à l'aide d'un questionnaire complété avant la formation puis un mois et six mois après. Avant la formation, 29,2 % des sujets ont répondu correctement à diverses questions de connaissances sur le diabète. Un mois après la formation, ce pourcentage s'élevait à 68,3 % et, après six mois, à 69,3 %. Pour les comportements, nous avons évalué deux volets : l'atteinte des comportements désirables et l'amélioration des comportements

Effets d'un programme éducatif chez des personnes atteintes de diabète

H. Delisle, N. Aris-Jilwan, M.M. Ilunga, C. Cooper, M. Gosselin et J. Brodeur. Université de Montréal et Hôpital Notre-Dame.

But de l'étude : Évaluer les changements dans le contrôle métabolique, les connaissances et comportements d'autogestion de personnes atteintes de diabète insulino-dépendant (DID) ou non-insulino-dépendant (DNID) trois mois après le programme éducatif. Sujets et méthodes : On a comparé chez 83 participants (89 % DNID) les résultats pré-post de l'hémoglobine glyquée (HbG), des triglycérides (Tg), du cholestérol total (Chol) et de l'indice de masse corporelle (IMC), ainsi que du questionnaire auto-administré de connaissances et comportements. L'influence de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité, du type et de la durée du diabète a été évaluée au moyen d'analyses multivariées.

Résultats : On observe une amélioration significative de l'HbG, des Tg, des connaissances et des comportements, quels que soient l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le type de diabète et sa durée. Il n'y a toutefois pas de lien significatif entre les connaissances ou comportements et l'HbG Pré et post-programme, le groupe DID a un score de connaissances (mais non de comportements) plus élevé que le groupe

Prise en compte de la dimension traumatique de l'annonce du diabète dans l'éducation

J.- P. Bascllet, G. Hochberg, G. Charpentier, Centre Hospitalier de Creteil, France.

L'annonce d'une maladie chronique comme le diabète représente un traumatisme dans la vie d'un sujet. Les remaniements psychiques qu'un tel traumatisme provoque doivent être identifiés, verbalisés et éventuellement traités car leur ignorance ou leur déni peuvent compromettre les résultats de l'éducation. Le groupe de parole de patients diabétiques apparaît comme le lieu où un travail de symbolisation de ce traumatisme peut s'instaurer.

Ainsi, dans votre étude faite sur une population de 42 diabétiques ayant fréquenté un tel groupe (21 DID, âge = 41,6 + 14,3 ans, durée du diabète = 11,9 + 9 années; 21 DNID, âge = 56,2 + 10,5 ans, durée du diabète = 9,9 + 6,1 années). 31 % pensent que c'est une maladie inquiétante. 18 % pensent que la découverte du diabète a bouleversé leur vie.

Dans le discours de ces patients, le début de la maladie est souvent lié à des incidents sans relation directe avec leur diabète (divorce, deuils, mésentente familiale, licenciement, accidents, etc...) et s'inscrit dans leurs souvenirs comme traumatisme psychique. Ce traumatisme est en fait constitué par la reprise et la reviviscence de ces autres scènes traumatiques de la vie du sujet bien souvent refoulées. Ce traumatisme lié à l'annonce du

Livret sur les troubles trophiques des pieds diabétiques pour les médecins et paramédicaux

B. Beduchauo, S. Filliette, J. Leone, D. Malgrange, M. Leutenegger, DESG Champagne-Ardenne et GREPEG - Centre-Est-CHU clinique médicale 8 CHU Robert Debré, REIMS CEDEX. DESG Diabetes Education Study Group GREPED groupe de recherche en diabétologie.

Objectif: Définir la conduite de base à tenir dans la prévention et les soins des troubles trophiques des pieds chez les diabétiques.

Moyens : Travail élaboré du 12/5/92 au 30/9/94 par un groupe de réflexion multidisciplinaire associant des médecins, des podologues, des pédicures et des infirmiers. Des documents iconographiques illustrent les situations cliniques les plus fréquemment rencontrées. Un texte polychrome de structure simple indique de façon schématique les attitudes essentielles permettant d'éviter l'évolution de lésions

Évaluation des craintes et contraintes chez les diabétiques traités par insuline

Jean-Luc Huet*, Isabelle Floch*, Anne Colobert** et Chantal Colmar**

* infirmier(ère) - ** Service d'endocrinologie et maladies métaboliques, Centre Hospitalier La Beauchée

Ce travail a pour but de mieux cerner la perception des patients quant à l'impact du diabète sur leur vie quotidienne et donc d'en tirer des leçons pour parfaire l'éducation. Un questionnaire anonyme de 35 items a été adressé à 200 patients tirés au sort, traités par insuline, se prenant eux-mêmes en charge. 146 réponses ont pu être exploitées. L'âge moyen des patients est de 52,5 ans (14 à 74 ans); 30 % ont une activité professionnelle; 78 % font plus d'une injection par 24 h; 50 % ont un diabète de plus de 10 ans. Les principales contraintes, classées selon une moyenne arithmétique sont : 1. le nombre de contrôles glycémiques journaliers pour 46 % des patients, surtout si le diabète est ancien - 2. le suivi du régime pour 42 % des patients avec surtout les difficultés de respect des interdits (55 %), de respect des horaires réguliers (38 %) et pour équilibrer les menus (43 %) - 3. les horaires des injections qui gênent 40 % des patients quelque soit le nombre d'injections effectué. Les craintes : 74,6 % des patients craignent les complications, en particulier la rétinopathie loin devant l'artérite, les maladies cardiovasculaires

Fiches de consultation éducative pour améliorer le suivi des DNID par les médecins généralistes

B. Blanvilain, R. Duhirel, C. Olivier-Henry, V. Derennes - CH Laval (53), Dinan (22), Tréguier (22), Saint-Malo (35).

Dans le cadre de l'éducation des DNID une équipe multidisciplinaire (diététiciennes, infirmières et diabétologues) a élaboré neuf fiches pour servir de support éducatif dans le suivi du patient par son médecin généraliste. Chaque fiche comprend un item très ciblé facile à aborder sans alourdir le temps de consultation du médecin généraliste. Les items retenus ont été les suivants : 1^{ère} fiche détaillant les examens de laboratoire à pratiquer sur une année - 2^e fiche appréciant l'état cardiovasculaire avec recherche des autres facteurs de risque - 3^e fiche évaluant le retentissement spécifique du diabète - 4^e fiche permettant d'aborder de façon succincte le profil alimentaire de chaque patient en tenant compte de son mode de vie - 5^e fiche conseillant qualité et quantité des différents aliments pour améliorer l'équilibre diététique - 6^e fiche détaillant

Intérêt pédagogique d'une double épreuve d'effort standardisée chez le diabétique-insulino-dépendant

N. Bovagne, S. Kem, C. Vialle et P. Chopinet.

Vingt diabétiques insulino-dépendants n'ayant pas de contre-indication à l'effort physique ont effectué chacun deux épreuves d'efforts successives sur cycloergomètre. Le premier jour, après un échauffement progressif, l'épreuve comporte un effort continu entraînant un rythme cardiaque proche de 150 par minute. Des évaluations glycémiques successives avant, pendant et après l'effort, entraînant l'absorption de suppléments glucidiques. Les décisions sont prises par le médecin. Le deuxième jour, l'effort est identique au précédent. Les

Formation des médecins généralistes à la nutrition : intérêt d'une collaboration entre un service hospitalier spécialisé et une association de formation médicale continue de médecins généralistes

O. Bourgeois-Adragnal*, H. Ormières, M.C. Tumin*, H. Hanraire-Broutin*, D. Rivière***, J. Clottes*, P. Martini*, J.P. Tauber* - * Service d'endocrinologie-diabétologie, CHU Rangueil, France; ** Association pour la formation médicale continue en Haute-Garonne, Toulouse; *** Service de médecine du sport, CHR Purpan, Toulouse.

Formation des médecins généralistes à la nutrition : intérêt d'une collaboration entre un service hospitalier spécialisé et une association de formation médicale continue de médecins généraliste. La collaboration étroite entre un service de diabétologie et une association départementale de formation médicale continue a permis d'élaborer un plan de formation à la nutrition et au conseil nutritionnel pour des médecins généralistes. Une enquête préalable a montré, pour un échantillon représentatif de 100 médecins toulousains interrogés à leur cabinet sur leur motivation et leurs connaissances en nutrition, une formation insuffisante sur la valeur calorique des aliments, l'équilibre alimentaire et surtout sur la ration des glucides. Leur motivation concernant la prévention primaire et leur action de conseil en nutrition pour les patients porteurs des maladies chroniques sont faibles. Le programme pédagogique, centré sur les lacunes observées, a été effectué par les médecins diabétologues et les diététiciennes du service hospitalier. L'animation, réalisée par des médecins généralistes, s'est appuyée sur une pédagogie par objectifs utilisant la méthode de la découverte, favorisée par la dynamique de groupe. Ce plan de formation, s'est déroulé trois fois sous forme de sessions de deux jours (S1: n=45: S2: n=26:

« Avoir du sucre sur soi » Ce message éducatif est-il suivi par les patients diabétiques insulinotraités ?

A. Bouille, B. Cirette et MN. Desremaux, Unité de Diabétologie-Endocrinologie-Nutrition, C.H. de Nevers, France.

Ce conseil simple, « avoir du sucre sur soi », est-il suivi par les patients diabétiques insulinotraités et a-t-il des répercussions sur l'équilibre du diabète et la fréquence des malaises hypoglycémiques?

Sur 58 patients interrogés lors d'une consultation, 39 (soit 67 % d'entre eux) avaient du sucre sur eux et ont été capables de nous le montrer. L'âge moyen de ces patients était de 53 ans et la durée moyenne du traitement par insuline de 7 ans. L'âge moyen du groupe de diabétiques non porteurs de sucre était de 39 ans avec une durée moyenne de traitement de 11 ans (ces différences sont significatives sur le plan statistique). 84 % des femmes (25 sur 30) et 50 % des hommes (17 sur 28)

Influence de la routine à long terme sur la détermination de la glycémie au doigt au moyen d'un lecteur

S. Danjou, C. Gauthier, C. Delecourt, M.C. Martins, A. Proot, M. Savary, J.L. Grenier, M. Lepeut et P. Gross. Centre d'éducation pour le traitement du diabète, France.

Le but de l'étude était d'évaluer l'erreur de mesure de la glycémie lorsqu'elle est réalisée en routine à long terme sur sang capillaire prélevé au doigt au moyen d'un lecteur de glycémie. Cinq lecteurs de glycémie ont été utilisés: A: à électrodes; B: A bandelettes pré-insérées, lecture déclenchée par la dépose de la goutte de sang; C: idem mais nécessité de manipuler un clapet; D: bandelette époncée avant insertion puis lecture chronométrée; E: idem mais nécessité d'un rinçage de la bandelette avant épongeage. Chaque lecteur était attribué à une infirmière qui l'utilisait pendant sept mois successifs. Pour chaque patient diabétique hospitalisé de jour, un prélèvement en sang veineux était effectué pour dosage de la glycémie au laboratoire central (G Lab); au même moment, une goutte de sang capillaire était prélevée au bout du doigt pour évaluation de la glycémie sur le lecteur (G Lec). Pour chaque couple était calculée la différence G Lab - G Lec. représentant l'erreur de mesure (EM, mg/dl) 1010 valeurs de EM ont été obtenues, moyenne + déviation standard = 13,8 ± 29,7 minimum = 86. maximum = 134, médiane = 11. 10^{ème} percentile = 18. 90^{ème} percentile = 49.

L'influence du type de lecteur (L) et du

Notion d'équilibre du diabète et éducation des diabétiques

B. Cir ette, M.N. Desr emaux, M.F. Guille-
mar d, M. Lemoine et J. Four ner at, Unité de
diabétologie- endocr inologie- nutrition, C.H.
de Nevers, France.

Nous avons demandé à 64 diabétiques insu-
linotraités, suivis dans l'Unité, d'appr é-
cier leur propre équilibre glycémique
selon trois stades : bon, moyen ou mé-
diocre. Le médecin consultant devait faire
sa propre appréciation avec la même
échelle. 67 % des patients estimaient avoir
un bon équilibre de leur diabète. Leur
HbA1c était à 8,9 %. Pour le médecin, 23
% des patients seulement étaient bien
équilibrés avec un taux moyen d'HbA1c à 7
%. L'appr éciation de l'équilibre glycé-
mique n'est concordante que dans 42 % des
cas (27 patients sur 64). Le nombre d'in-
jection d'insuline était le même dans les
trois groupes: 42 % des patients qui s'es-
timaient bien équilibrés faisaient trois
contr ôles de leurs glycémies capillaires
par jour contre 52 % de ceux qui s'esti-
maient moyennement équilibrés. Les ma-
laises hypoglycémiques étaient plus fré-

La conception d'un référentiel de soins en
éducation du patient... Une étape indispensable
pour la reconnaissance de l'acte proprement
dit : application en diabétologie.

S. Danjou, M.C. Martins, M. Savary, C.
Gauthier, C. Delecourt, A. Proot, M. Gour-
let, N. Berth, J.L. Grenier, Centre d'édu-
cation pour le traitement du diabète.

L'étude des soins infirmiers individualisés
à la personne soignée (SIIPS) et les pro-
jets de recherche en nursing (PRN) ont
été conçus comme outils de mesure pour
essayer de peser objectivement la charge
en soins infirmiers. Seuls les indicateurs
d'activités validés permettent en effet
d'analyser quantitativement et d'évaluer
qualitativement les soins afin d'en amélio-
rer leur efficacité et peut-être d'en favo-
riser leur reconnaissance.

Notre travail a consisté à essayer de
mettre en place un référentiel de soins en
éducation du patient. Pour chaque soin
éducatif, nous avons en effet déterminé un
protocole détaillé en précisant son évalua-
tion, son coût et en quantifiant sa durée.
Nous avons pu ainsi, tant dans le domaine
théorique que dans le domaine pratique,
isoler un indicateur d'activités (acte
d'éducation - A.E.), pondéré si l'éducation
est faite en groupe (A.E.G.). Ce référentiel
qui touche tous les domaines de la diabéto-
logie, rapporté soit aux médecins, soit à
l'infirmière, soit à la diététicienne, nous a
permis de déterminer avec plus de préci-
sion notre activité liée à l'éducation du
patient et par là même de répondre à

Formation en diabétologie du personnel
hospitalier non spécialisé

M. Doize et M. Thiroux, Service d'endocr i-
nologie et de diabétologie, CHRU de Lille,
France.

La prise en charge de la maladie diabétique
est souvent minimisée lorsque le patient
est hospitalisé dans une structure non
spécialisée en diabétologie. Les infirmiers
de ces services ne savent pas prendre en
charge le diabétique, tant en ce qui
concerne la surveillance glycémique et ses
horaires par rapport aux repas, la sur-
veillance alimentaire et les apports, l'ho-
raire des repas, la localisation des points
d'injection de l'insuline. Pour y remédier
et pour répondre à l'attente des patients
diabétiques, une formation destinée aux
infirmiers, sages-femmes, diététiciennes
et puéricultrices est organisée chaque
année au sein du service. La formation
continue du CHRU de Lille assure la gestion
des demandes.

Depuis 1988, 112 personnes venant de 18
services de spécialités différentes ont
suivi cet enseignement. Les participants
souhaitent, en majorité, une réactualisa-
tion des connaissances en matière de :
- matériel d'auto-surveillance et son
fonctionnement ;

L'éducation de la personne âgée (70 ans et
plus) a-t-elle une spécificité ?

C. Gauderoy*, A. Chalmey*, et J.P. Ory,
Service de médecine interne A, CHG Paul
Mor el. * infirmière pour l'Éducation

Beaucoup d'idées reçues défient le temps :
la personne âgée est « trop vieille pour
apprendre », il n'est plus nécessaire d'en
faire trop à partir d'un certain âge, le ca-
ractère technique est trop compliqué pour
elle, cela ne l'intéresse pas...

Certes, les buts à atteindre sont différents
de ceux visés chez le patient plus jeune et
le risque majeur reste la survenue d'hy-
poglycémies, surtout nocturnes. Le suivi et
les contrôles peuvent être moins astrei-
gnants et on peut tolérer une hémoglobine
glycosylée plus élevée que chez l'adulte
jeune. Toutefois, le respect - donc la com-
préhension - de la diététique demeure in-
dispensable, même si quelques écarts sont
autorisables.

Notre étude s'est intéressée à 14 per-
sonnes âgées de plus de 70 ans (jusqu'à 84
ans) ayant formulé une demande d'éduca-
tion sur les six derniers mois de 1994. Il
ressort que la personne âgée peut être
parfaitement éducable, que l'envie de
conserver sa liberté est un moteur très
fort. susceptible de retarder la dépendance

Le développement de structures alternatives à l'hospitalisation permanente et d'éducation des patients peut-il être une des solutions de diminution du coût de la vie ?

J.L. Grenier, P. Gross, M. Lepeut, M. Savary, Bricotteau et G. Samaille. Centre d'éducation pour le traitement du diabète.

Le Centre d'éducation pour le traitement du diabète et des maladies de la nutrition (CETRADIM) est un service hospitalier de l'hôpital public de Roubaix fonctionnant uniquement en alternative à l'hospitalisation (consultations externes, hôpital de jour, hôpital de semaine). Son recrutement essentiellement local, correspond à une population d'environ 200 000 personnes. Sa vocation est triple : soins centrés sur l'éducation du patient, formation et information du soignant et du grand public. Le but de cette étude était d'évaluer le retentissement de l'existence d'une telle structure sur la fréquence des admissions en hospitalisation classique en endocrinologie/diabétologie/nutrition dans les différents services de médecine et de chirurgie de l'Hôpital de Roubaix et d'analyser celle-ci sur les trois dernières années, en tenant compte de différents facteurs propres au centre tels que les modifications de personnels, la mise en place de formations, de stratégies pédagogiques adaptées aux patients...

Nous avons pu ainsi montrer qu'après 10 ans de fonctionnement le nombre d'admissions pour complications aiguës du diabète est actuellement faible (six patients par an) et que entre 1992 et 1994, nous avons constaté une diminution importante du nombre de journées d'hospitalisation classique (-29%) correspondant à une

Trivial diabète

M. Frère, B. Astier, A. Blein, F. Bravant et S. Bouyoufsi.

Nous avons conçu un jeu éducatif inspiré du « Trivial Pursuit ». Les joueurs sont les diabétiques hospitalisés dans notre structure. Un membre de l'équipe soignante explique les règles, puis suit le cours du jeu. Description : chaque joueur cherche à remplir les trois cases de son fromage. Pour cela, il progresse en fonction du tirage des dés, et choisit à chaque coup son sens de rotation. Il rejoue tant que les réponses sont exactes.

Trois couleurs identifient les groupes de questions :

1. Généralités sur le diabète : les questions sont de type ouvert : elles concernent la vie quotidienne du diabétique, les connaissances fondamentales les plus utiles, des mises en situation.
2. Diététique du diabète : les questions sont

Diagnostic éducatif auprès des pharmaciens de la région parisienne et efficacité d'une formation menée par le DESG

G. Hochberg, S. Jean, N. Tubiana-Rufi, B. Kakou, C. Pivert, A. Mouchnino, N. Assad, G. Charpentier, P. Vexiau, P. Valenski, Groupe régional Paris-Ile-de-France du DESG.

En accord avec la Déclaration de Saint-Vincent, et dans le but d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques dans notre région, le Groupe Paris-Ile-de-France du DESG a mis en place une formation destinée aux pharmaciens d'officine, interlocuteurs privilégiés des patients. Un questionnaire a été adressé aux pharmaciens parisiens de façon à recenser leurs besoins en diabétologie. Nous avons reçu 57 réponses (10% des questionnaires envoyés), demandant essentiellement des informations sur l'éducation des diabétiques, le traitement et l'auto-surveillance. Nous avons alors organisé une formation (180 participants) centrée sur trois thèmes : l'auto-surveillance glycémique et urinaire, les injections d'insuline, la réalisation des ordonnances en officine, tous traités en ateliers interactifs d'une quinzaine de participants. Chaque participant a rempli en début (Prétest=PrÉT) et en fin

Mise en place d'un réseau régional d'éducation : le DESG Ouest

A.M. Leguerrier, M. De Kerdanet, C. Colmar, C. Meyer, V. Derennes, P. Pinsard, L. Ledeur, Centres Hospitaliers de Rennes St Briec Laval, St-Malo.

Ce groupe du DESG OUEST a été créé en octobre 1992. Son but est la reconnaissance de l'éducation comme acte thérapeutique. Des médecins et des paramédicaux, libéraux et hospitaliers, venant de neuf villes y participent. Actuellement, 40 personnes sont divisées en six sous-groupes de travail : 1^{er} - Passage enfants-adultes : une stratégie a été mise au point permettant d'améliorer la communication entre équipes soignantes d'adultes et d'enfants (consultations commune préalable, présentation du dossier). Le 2^e sous-groupe a envisagé de faciliter la prise en charge des DNID par le médecin généraliste en créant des fiches à thèmes, chacune correspondant à une consultation mensuelle (deux sur la diététique, deux sur l'auto-contrôle, un sur la macro-angiopathie, un sur la micro-angiopathie, un sur le pied, un sur l'activité physique, la dernière sur les examens de laboratoire). Le 3^e groupe réfléchit à la création d'une école du diabète, c'est-à-dire éducation extra-hospitalière du diabétique. Le 4^e a mis en place à l'hôpital des consultations éducation multidisciplinaires. Le nombre de ces centres dans l'Ouest ayant des consultations infirmières

La consultation infirmière : une nécessité en diabétologie

C. Lefebvre, R. Delarrouqua, ML Cottez et l'Équipe d'infirmières, Service d'endocrinologie, Hôpital Saint-Louis, Paris.

Dans le cadre du projet d'établissement de l'Hôpital Saint-Louis et sous l'impulsion de la Direction des soins infirmiers, l'équipe paramédicale a formalisé le projet de soins du service de diabétologie. Elle s'est appuyée sur le projet médical. Celui-ci dans un souci d'efficacité, de confort pour le malade diabétique et d'économie de santé, affiche une volonté de transformer partiellement des activités traditionnelles vers des activités ambulatoires. 72 % des patients admis sont diabétiques. La création d'une consultation infirmière a été ressentie comme un besoin par l'équipe paramédicale et médicale. Le groupe de travail s'est constitué sur la base du volontariat pour définir : 1. Les objectifs : vérification des connaissances de la manipulation du matériel et de la tenue du carnet, planification du suivi - 2. L'organisation : en moyen matériel (un box de consultation) ; en moyens humains (10 infirmières qui assurent chacune une consultation par quinzaine) - 3. Les modalités de fonction-

Conception et évaluation d'un jeu éducatif pour le jeune enfant diabétique : l'hypopuzzle

B. Kakou*, N. Tubiana-Rufi*, C. Stuckens**, V. Popovac***, R. Gagnayre*** - * Hôpital Robert Debré, Paris - ** Hôpital Calmette, Lille - *** IPCEM, Puteaux, France

L'absence de support pédagogique adapté au jeune enfant diabétique a amené une équipe pluridisciplinaire (soignants en diabétologie pédiatrique, pédagogues médicaux, ludologues et graphistes) à concevoir et développer Hypopuzzle. Ce puzzle, à travers des séquences imagées, a pour but d'amener l'enfant guidé par un soignant, à reconstituer activement le déroulement d'une journée type et à identifier ses signes d'hypoglycémie, tout en favorisant son expression. Une évaluation du prototype a été menée par des soignants chargés d'éducation dans huit services de pédiatrie Français et Suisse. Le questionnaire rempli par les éducateurs après chaque utilisation du jeu comporte deux parties : conditions d'utilisation et opinion générale des éducateurs, et évaluation du gain de connaissances par les enfants. Le jeu a été utilisé 85 fois avec 44 enfants âgés en moyenne de huit ans (60 % âgés de <7 ans), au cours de leur éducation initiale (30 %) ou du suivi. Il est utilisé le plus souvent en guidance individuelle (sept services), par séquence (matinée/ après-midi/ soirée) et pendant 30 min. en moyenne (15 à 45 min.). Le contexte d'utilisation est varié : consultation hospitalisation, chambre de l'enfant, salle d'éducation. Les soignants observent que les enfants expriment du plaisir à jouer, adhèrent facilement au jeu, en comprennent bien les règles et

Maison du Diabète - Structure d'accueil et d'information extra-hospitalière

Pour quoi ? Enquête CPAM Lille 89 - Comment ? Association 1901, 70 % du budget = dons privés 80 % du fonctionnement par des bénévoles spécialisés.

Le cadre : Centre d'accueil et d'information non médicalisé, hors hospitalier - Équipe pluridisciplinaire formée (DESG, IPCEM...)

Objectifs : Accueillir - Écouter - Informer - Documenter les diabétiques - Aider à la réalisation de projets de professionnels de santé - Prévention et information auprès d'organismes extérieurs (CPAM, Centres sociaux, Centres de soins, Médecins du travail, École d'infirmières) - Réunir sous le même toit et aider à leur fonctionnement les associations de diabétiques. Moyens : Documentations, vidéo-thèque, DAVID, bibliothèque, matériel de démonstration, matériel pédagogique, stands et information

Éducation et évaluation diététique chez des adolescents diabétiques

B. Merle et N. Jaupitre, diététiciennes, Hôpital St-Vincent-de-Paul, Paris.

237 adolescents diabétiques sont suivis dans le service de diabétologie de l'Hôpital St-Vincent de Paul. 80 % sont à trois injections d'insuline par stylo-injecteur. La moitié ont une HbA1c > 7,5 % et pour 18 % d'entre eux une HbA1c > 9 %. L'alimentation est souvent la cause de ce déséquilibre glycémique. Puisque le comportement type de l'adolescent (irrégularité des horaires de repas, refus des contraintes...) ne s'accorde pas volontiers avec les conseils diététiques. Les consultations diététiques ont lieu en hôpital de jour, de semaine ou en externe. Seminaires et questionnaires de connaissances nous aident à cerner les problèmes.

Un régime précis est remis à chaque adolescent sur les bases diététiques suivantes : apport énergétique : 100 Kcal + 100/année d'âge pour les garçons, en moyenne 1800 Kcal pour les filles, 1500 à 1200 Kcal lors d'une prise de poids - apport glucidique : 45 à 50 % avec une régularité glucidique (pesée, nombreuses équivalences glucidiques), une suppression des produits sucrés modulée en fonction des index glycémiques - apport lipidique : 35 % AET (apport énergétique total).

Notre but est de leur proposer un régime

Guide de l'infirmière libérale

M. Occo-Porterat, J. Cohen-Solal et J. Bertoglio.

Les enquêtes nationales menées en 74-75 par l'INSERM, en 82-83 par le CREDES et en 92 par la SOFRES, avec l'aide des laboratoires LILLY, ont montré que 80 % des diabétiques étaient suivis par leur médecin traitant, bien souvent sans aucun lien avec les diabétologues ou les infirmières spécialisées dans cette pathologie. D'où l'intérêt d'une formation concernant les infirmières libérales, qui sont un lien important entre le diabétique, sa maladie et le médecin traitant; or, sa formation ne l'a pas préparée. Le département des Alpes-Maritimes, de par sa moyenne d'âge élevée comprend un pourcentage important de diabétiques à risques, DID, insulino-requérant non autonomes et exposés à de graves complications. Ce travail propose un outil destiné à aider l'infirmière libérale au quotidien, au chevet du patient. Cet outil aura la forme d'un livret, de dimensions pratiques, dont les données qu'il contient seront présentées sous forme d'un répertoire avec encadrement et surimpression des notions importantes. Elle y

Diabète et sexualité : il faut en parler !

C. Meyer, B. Far del, N. Balde, D. Blanvillain, A. Pegis, Unité de diabétologie, Centre Hospitalier Laval.

Objectifs - Motifs culturels, tabous, manque de formation, expliquent sans doute que les conséquences du diabète sur la vie sexuelle ne fassent qu'exceptionnellement l'objet d'une information individualisée lors de nos programmes d'éducation des patients diabétiques. Les patients sont-ils préoccupés ou inquiets des conséquences du diabète sur leur vie sexuelle ? Éprouvent-ils des difficultés ? Estiment-ils disposer de suffisamment d'informations et aimeraient-ils en avoir davantage ? Faut-il mettre en place et formaliser une information sur la prise en charge des conséquences sexuelles du diabète au sein de nos programmes d'éducation ?

Telles sont les questions que nous nous sommes posées. Moyens : Un questionnaire anonyme comportant 23 items a été remis consécutivement à tout patient de 20 à 75 ans vu en hospitalisation ou en consultation, à l'exclusion des découvertes.

Résultats - Partiels sur les 40 premiers questionnaires : La population étudiée : 20 hommes et 20 femmes; 75 % ont plus de 40 ans, la plupart mariés (85 %), traités par anti-diabétiques oraux (35 %) ou insuline (55 %), la plupart depuis plus de cinq ans (63 %). 60 % des patients interrogés s'estiment préoccupés par les conséquences éventuelles du diabète sur leur sexualité. 15 % se jugent très inquiets. 30 % des patients pensent que leur diabète limite en permanence leur vie sexuelle. Presque un tiers déclare avoir des difficultés sexuelles. Parmi ceux-ci les 3/4 pensent que ces difficultés sont en

Formation sur le diabète pour les infirmières libérales

J. Sammarcelli, L. Perlemuter et les équipes paramédicale et médicale, Hôpital Henri Mondor, France.

Les infirmières libérales sont de plus en plus souvent amenées à prendre en charge les soins à domicile des diabétiques insulino-traités difficilement éduqués. L'évolution des techniques a rendu indispensable leur formation continue en ce domaine. Nous avons récemment organisé à cet effet deux demi-journées « Portes ouvertes » avec le même programme, qui ont réuni en tout 110 infirmières travaillant dans le secteur géographique de notre hôpital. Après deux brèves exposés sur les généralités du diabète et de ses complications, réalisés par les diabétologues du service, une rotation sur cinq ateliers était organisée :

De l'huile au beurre, ou que pensent les maghrébins immigrés en Seine Saint-Denis du « mieux-manger » méditerranéen ?

P. Miossec, A. Shabou, C. Dechamp- Leroux, JR Attali, P. Valensi, Service d'endocrinologie- diabétologie- nutrition, Hôpital Jean Verdier, Bondy, France.

Les avantages d'une alimentation de type méditerranéen vis-à-vis du risque cardiovasculaire sont désormais unanimement reconnus. Cependant, l'avis des nutritionnistes est-il partagé par les populations du bassin méditerranéen? Pour apporter un élément de réponse à cette question nous avons interrogé 30 familles, de maghrébins immigrés en Seine Saint-Denis (30 femmes, 15 hommes, 17 adolescents de 17 à 20 ans et 15 enfants de moins de 10 ans, tous indemnes d'anomalies métabolique) sur leurs croyances en matière d'alimentation et sur leur souci de conserver les habitudes culinaires de leur pays d'origine. Au total 117 entretiens ont été recueillis. Globalement la notion de « diététique » paraît étrangère au choix des aliments, qui dépend surtout du niveau socio-économique, du goût, du savoir-faire et de l'habitude. Les critères le plus souvent cités en faveur d'une alimentation « bonne pour la santé » sont la quantité suffisante, la modération sur les épices et sur le sucre. Le caractère peu gras n'est que rarement mentionné. La cuisine française est toujours considérée comme meilleure pour la santé car moins lourde, moins épicée et moins grasse, ce dernier caractère étant associé à l'absence de sauce. L'huile a une symbolique positive d'aliment riche pour

Relation entre le sentiment d'efficacité personnelle et l'observance thérapeutique des diabétiques âgés

G. Provost- Bernier* et G. Coutu- Wakulczyk*** Infirmière- clinicienne spécialisée, CHUS, Québec - ** Professeur. adjointe, Ecole des sciences infirmières, Université d'Ottawa

Cette étude visait à vérifier la relation entre le sentiment d'efficacité personnelle et l'observance thérapeutique des diabétiques (55 ans). L'importance se base sur les nombreux écrits reliant les difficultés inhérentes à la modification des habitudes de vie et à l'abandon des comportements de santé. Méthodologie: Un devis quasi- expérimental avec 1 prétest et 2 post- tests a été utilisé auprès d'un groupe expérimental (n=25) fréquentant une Unité d'enseignement et de traitement pour diabétiques (UETD) et un groupe contrôle (n=26) suivi en clinique externe de médecine. La variable pour mesurer l'observance était l'HbA1c. Résultats: Des 51 sujets au TI, le T3 en comptait 43 dont 21 pour le gr. exp. et 22 pour le gr. contrôle.

La consultation infirmière: un atout dans la relation soigné/ soignant

P. Ratajczak, MP Roussel et MF Benhamida, Service de diabétologie, Centre Hospitalier Germon & Gauthier, France.

Depuis la création du Service de diabétologie, notre système éducatif couvre trois domaines d'apprentissage: théorique, pratique et comportemental. La consultation infirmière instaurée sous forme de contrat mutuel assure la continuité du suivi personnalisé et individualisé. Afin d'optimiser les soins et de favoriser la prise en charge globale du patient diabétique, la consultation infirmière s'inscrit depuis quatre ans dans notre stratégie pédagogique comme maillon indispensable du traitement diabétique. Durant l'hospitalisation, le patient atteint un niveau de connaissances « standard » dans le domaine physiopathologique et dans l'analyse de sa propre situation de diabétique. De ces quatre années d'expérience, nous pouvons dégager ces constatations: le patient pendant l'entretien exprime ses besoins et attentes, ses lacunes

Résultats à trois mois d'un programme éducatif pour diabétiques sur les connaissances, les gestes pratiques, les résultats métaboliques

A. Rueff, JM Gallien, JL Bosson, M. Ressel, C. Gilbert, C. Siaud, S. Halimi. Sce Endocrinologie- diabétologie - Sce informatique et informatiques médicales - CHU Grenoble, France.

De septembre 89 à 93, 311 patients diabétiques ont bénéficié d'un programme éducatif sur cinq jours d'hospitalisation: 221 d'entre eux (71%) ont été revus à trois mois pour évaluation des connaissances par questionnaire, du savoir faire et des comportements par épreuves pratiques, et des résultats métaboliques. Ces données (post test) ont été comparées à celles obtenues à l'entrée, avant éducation (pré test). Les caractéristiques des patients sont les suivantes: 120 hommes, 101 femmes, 137 type II (62%), dont 56 sous insuline, 20 sous insuline + ADO, 57 sous ADO, 4 sous régime seul et 78 type I (36%), au total 160 (72%) insulinotraités. Age moyen $48,3 \pm 15$ ans (extrêmes 12- 80), ancienneté du diabète $9,2 \pm 8$ ans (extrêmes 3 mois- 30 ans), ancienneté de l'insulinothérapie: type I: $8,1 \pm 8,3$, type II: $3,7 \pm 3$ ans.

Les résultats sont améliorés au troisième mois les connaissances (score $16,4 \pm 8,6$ vs $13,3 \pm 7,2$: $P < 0,01$), les compétences techniques (92% des insulinotraités pratiquent parfaitement l'injection d'insuline vs 80%, 80% des patients composent correctement leur repas au buffet de restauration vs 40%: $p < 0,01$), les comportements: 85% des patients portent du

Évaluation de l'influence de l'éducation nutritionnelle sur le comportement alimentaire de la personne diabétique (DID et DNID)

D. Romand, N. Baclet, P. Vexiau, G. Cathelineau, Service d'endocrinologie, Hôpital Saint-Louis, Paris

Objectif : Évaluer la modification de la fréquence de consommation des aliments suivants : poisson, pain complet, légumes secs et huile d'olive, après éducation diététique. Patients et méthode: 20 diabétiques (15 DNID, 5 DID; femmes: 8, hommes: 12; âge $48,5 \pm 12,9$ ans, BMI: $28,3 \pm 5,9$ kg/m², ancienneté du diabète: $6,9 \pm 6,2$ ans. HbA1c $9,7 \pm 1,7$ %) ont rempli un carnet alimentaire pendant sept jours consécutifs et répondu à un questionnaire avant (T0) et six mois après (T6) un cycle d'éducation de trois jours en hospitalisation de semaine. Résultats : Les questionnaires de fréquence de consommation et les carnets alimentaires sont concordants dans 70 % des cas. Pour le poisson, 65 % des patients en mangent au moins deux fois par semaine à T0 et 25 % augmentent leur consommation à T6. La consommation de pain complet (au moins une fois par jour) augmente entre T0 et T6 20 % vs 65 %. Pour les légumes secs, 20 % des patients en consomment plus d'une fois par semaine à T0 et 35 % aug-

L'éducation des diabétiques en consultation infirmière

A. Simonnet*, M. Paganus**, D. Ferlaud**, C. Pasqual**

* Service des consultations externes - ** Service de diabétologie

But : Compléter l'éducation et mieux assurer le suivi des patients diabétiques insulinés après une hospitalisation. Le patient a souvent besoin d'un relais, d'une aide relationnelle privilégiée pour gérer en toute confiance son traitement insulini que à domicile. Comment ? : Lieu : consultations externes polyvalentes situées à l'entrée de l'hôpital, en contact direct avec l'extérieur. Le personnel : 4 infirmières (IDE) sont formées en diabétologie et assument alternativement une consultation hebdomadaire programmée. Durée : 2h 30. Patients : quatre à cinq en moyenne (30 mn par patient). L'IDE est seule mais peut à tout moment faire appel à un diabétologue si besoin. Elle évalue et complète l'éducation théorique et pratique pour le patient et sa famille en insistant tout particulièrement sur l'application des règles d'adaptation des doses en fonction de la glycémie souhaitée. Cet acte est coté selon la nomenclature des soins infirmiers : AMI 1. Résultats : En 1994, première année de fonctionnement: 64 patients, 121 consultations. Temps d'éducation : 63 heures.

La géographie alimentaire - un outil d'éducation nutritionnelle - exemples de la Basse-Normandie, de l'Alsace et de la Lorraine

F. Guillon Metz, CHU de Caen et Cl Thouvenot, Université de Nancy.

Une cartographie alimentaire française a été débutée par Cl Thouvenot par interrogatoire d'enfants d'âge scolaire en 1975 montrant que la barrière linguistique romano-germanique entre l'Alsace et la Lorraine sous-tendait des habitudes alimentaires différentes (consommation du chou, de la choucroute, de la tarte à l'oignon). L'étude normande par interrogatoire d'élèves de 5^e des trois départements bas-normands (Calvados, Orne, Manche) sur plus de 40 items révèle la persistance des habitudes alimentaires ré-

Évaluation des connaissances et formation en diabétologie d'infirmières hospitalières exerçant dans des services non diabétologiques

MJ Sauvageot, C. Grappe, E. Mastalerz, AC Clerget, F. Dany, A. Baumont, C. Tesser, M. Tessier, P. Schell et A. Penfomis. Service d'endocrinologie-diabétologique. CHU Jean Minjot.

L'hospitalisation de diabétiques dans des services non diabétologiques pose de nombreux problèmes aux infirmiers (IDE) et... aux diabétiques ! Nous recevons de nombreux appels de patients et des IDE insuffisamment formés en diabétologie. Nous avons voulu répondre à cette demande et 234 IDE/800 ont manifesté leur intérêt pour suivre une formation en diabétologie. Après un rappel théorique commun de deux heures, par un diabétologue et une diététicienne, la formation pratique était réalisée en 18 groupes de 13 IDE, en 1 h 30, par des IDE du service. La formation portait sur la glycémie capillaire (horaires, techniques, lecture visuelle, lecteurs), les antidiabétiques oraux, l'insulinothérapie (durées d'action, concentrations, technique et horaires d'injection, mélanges, stylo...), la conduite à tenir (CAT) chez un diabétique à jeun et en cas d'hypoglycémie et sur le contenu du programme hebdomadaire des cours délivrés à nos patients diabétiques. Nous avons voulu évaluer cette formation par l'envoi d'un questionnaire à 100 IDE sur les 117 l'ayant déjà suivie, entre avril et novembre 1994, 34 ont répondu. Concernant les glycémies capillaires, 32 (94 %) utilisent un lecteur, mais seulement 18 (53 %) utilisent un autopiqueur, 13 (38 %) avaient une bonne technique avant la formation, 28 (82 %) après. Les erreurs corrigées concernent le mode de désinfection, la zone d'injection, l'utilisation d'un autopiqueur, la taille de la goutte de sang, l'étalonnage du lecteur. Concernant l'insuline, 8 (24 %) avaient une bonne technique avant la formation, 25 (74 %) après. Les erreurs corrigées concernent la

Évaluation du coût pédagogique des patients diabétiques dans un centre privé de diabétologie.

S. Bekka et P. Reboul. Clinique de Jallans, France.

L'éducation du patient diabétique à la gestion de sa maladie fait partie des objectifs fixés lors de la déclaration de Saint-Vincent. Si l'évaluation du bénéfice à long terme de cet enseignement a pu être appréciée en revanche peu de travaux ont été consacrés à l'analyse et au coût. Dans un centre privé de diabétologie en Eure?? et Loir, nous avons évalué ce coût pédagogique.

Les différents paramètres pris en compte et, sur un séjour de trois semaines ont été :

1. Les cours collectifs délivrés par les médecins, surveillante, infirmières, diététicienne et podologue.
2. Le coût du matériel.
3. La formation individuelle.

Consultations infirmières à l'Hôpital de Rennes: résultats sur trois mois.

M.F. Valentin, T. David, A.M. Leguerrier, A. Gaudin, O. Ger gaud et J. Agaesse.

Les consultations infirmières ont été mise en route à Rennes en octobre 1994. Elles sont en fait bien structurées depuis octobre 1995. Quelle en est l'organisation? Elles sont assurées par les huit infirmières des deux hôpitaux de semaine et par celle qui occupe le poste d'éducation en salle traditionnelle. Des plages horaires quotidiennes ont été déterminées dans chaque salle et les consultations sont réalisées pour l'instant dans le local d'éducation. Un rendez-vous est donné au patient par l'infirmière. Un avis médical ou diététique peut être demandé et donné soit immédiatement soit à une date ultérieure. Tous les conseils et observations sont réunis sur une fiche commune spécifique incluse dans le dossier éducatifs. Quels sont les résultats des trois mois précédents (novembre, décembre, janvier) ? Cent quarante deux consultations ont été réalisées, parmi elles six non programmées. Elles sont demandées par l'infirmière et le médecin selon un consensus établi à la sortie du patient. Dix-huit ont été réclamées par le diabétique lui-même. Cent trente huit ont concerné les DID, 2DNID, deux des diabètes gestationnels. Elles suivent pratiquement toutes une hospitalisation, mais huit d'entre elles ont été demandées par le médecin lors d'une consultation. La durée moyenne est de 30 minutes (extrêmes 5 minutes - 1 h 30). Les motifs: adaptation des doses (118), conduite à tenir devant une acétonurie (4). une hv-

Formation de formateurs d'une équipe de diabétologie effectuée dans l'hôpital pour mieux enseigner et éduquer

N. Viot et T. Stauder, Service de diabétologie et Dr Cuperlier, Hôpital Manchester, France.

Le pourquoi de cette formation ? La surveillante, une infirmière et une diététicienne avaient participé à une formation de formateurs: enthousiasmées, elles ont voulu que l'ensemble de l'équipe puisse en bénéficier. Les objectifs de la formation de formateurs: définir le contenu des informations à donner aux patients pour avoir un message commun, afin d'être plus crédibles - acquérir des outils d'animation de groupes, créés par l'équipe- donner les moyens à chaque membre de l'équipe de se trouver en situation de réussite pour faire passer un message.

A qui s'est adressée la formation ? A toute l'équipe paramédicale de l'Unité de diabétologie: surveillante, infirmières, aides-soignantes, diététiciennes (personnel de jour et de nuit). La formation était animée par un formateur régional. Le déroulement: Deux équipes de travail, avec des représentants de chaque catégorie de personnel, se sont réunies deux fois deux jours pour élaborer 13 protocoles de soins éducatifs selon la méthode algorythmique ainsi que des exercices. Les protocoles ont été validés par les médecins du service lors d'une réunion de mise en commun ultérieure. Cette formation « intra-muros » a permis

Le dossier d'éducation: un outil évolutif pour un projet éducatif coordonné

MP Tenet et J Couchot, Hôpital Auban-Moet, France.

L'utilisation en routine depuis 1994 d'un dossier d'éducation pour les patients diabétiques insulinés nous a permis d'améliorer la prise en charge éducative à ses différentes étapes.

Le projet éducatif est « ciblé » grâce à une fiche de prescription établie par le médecin selon les paramètres habituels (objectif glycémique souhaité, schéma insuliniq, pathologie associée, contexte psycho-intellectuel et social, etc.). Pour les patients ayant été antérieurement éduqués, un questionnaire d'évaluation des connaissances aide à combler les lacunes en évitant la dispersion. L'acquisition des connaissances est estimée en fonction de critères préalables sur un document utilisable longitudinalement. Le dernier élément est un aide mémoire (type du matériel proposé, affiliation à une association de diabétiques, rendez-vous de consultations ultérieurs, etc.) Le dossier d'éducation est archivé avec l'ensemble du dossier médical du ma-