



DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ EDUCATION
N°3 VOLUME 16

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

éd:te

Tous ensemble pour la reconnaissance des actes éducatifs

L serait, enfin, question de reconnaître les actes d'éducation thérapeutique pour plusieurs pathologies chroniques et bien entendu la diabétologie sera concernée. Après deux années de travaux au Ministère de la Santé auxquels nombre d'entre-nous ont été associés c'est maintenant à l'HAS d'être missionnée pour proposer des mesures visant à mettre en œuvre et à faire reconnaître officiellement des actes d'éducation thérapeutique. Nous ne savons encore rien de ce qui ressortira de ces travaux, mais il est crucial que notre spécialité soit représentée et défendue comme il se doit dans l'intérêt de nos patients. En effet voilà plus vingt ans que la diabétologie, avant toute autre discipline, a intégré dans sa pratique une approche éducative. Nombre de diabétologues et de paramédicaux se sont formés à cet exercice. Dans de nombreux services hospitaliers des équipes éducatives parfois exclusivement dédiées à l'éducation diabétique ont été mises en place et ont accompli un travail considérable qui a beaucoup participé à l'image positive de notre spécialité. Depuis quelques années des réseaux de soins pour le diabète de type 2 ont aussi entrepris un travail de fond visant à faire bénéficier d'une certaine approche éducative un plus grand nombre de diabétiques de type 2.

Le moment est aujourd'hui venu de prendre activement part à ces travaux de l'HAS avec le souci de ne pas manquer ce rendez-vous et de défendre tous les modes d'exercice, tous les métiers qui prennent en charge les diabétiques. Mais nous ne devons pas nous cacher la difficulté de la chose tant la question est complexe. Car, pour le diabète, l'éducation thérapeutique n'est pas une découverte récente et nous en connaissons l'exigence de qualité, les différences de typologie des patients, le rôle des métiers paramédicaux, le besoin d'une formation « authentique » et d'évaluations. On peut mettre à la suite des mots clés qui sont les données incontournables de ce dossier qu'il faudrait prendre en compte. Ces mots clés sont :

- ➔ diabète de type 1 (DT1) - type 2 (DT2),
- ➔ nombre limité de patients complexes (DT1) - problème de masse (DT2),
- ➔ rôle majeur du spécialiste (DT1) - problématique globale (DT2),
- ➔ rôle d'éducateur assuré par le généraliste - éducation centrée sur le spécialiste ?
- ➔ exercice hospitalier - diabétologie libérale,
- ➔ DT1 éduqué à l'hôpital - DT2 en ville (réseaux) ?
- ➔ prise en charge éducative en groupe - ou place pour une éducation individuelle ?
- ➔ actes relevant d'une nomenclature - MIGAC ?
- ➔ formation à l'éducation thérapeutique obligatoire reconnue, validante - pédagogie acquise rapidement voire innée ?
- ➔ formation relativement organisée avec un rôle central des sociétés savantes (ALFEDIAM, FENAREDIAM, DELF) - formations diverses plus ou moins pratiques (DU, DESS, école pédagogiques privées) ?
- ➔ pour le DT2 place importante des réseaux et des paramédicaux - prise en charge individuelle essentiellement médicale spécialisée ?



LE BUREAU DU DELF

PRÉSIDENT :	Serge HALIMI (Hôpital Nord, Grenoble)
VICE-PRÉSIDENT :	Ghislaine HOCHBERG (Paris)
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE :	Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, Paris)
SECR. GÉNÉRAL ADJOINT :	Arnaud MOCOCHAIN (Paris)
TRÉSORIER :	Anne-Sophie ROUSSEL (Hôpital Saint-Louis, Paris)
TRÉSORIER ADJOINT :	Christine DELCROIX (Paris)
PRÉSIDENTS D'HONNEUR :	• Paul VALENSI (Hôpital Jean Verdier, Bondy) • Fabienne ELGRABLY (Hôpital Hôtel-Dieu, Paris)
RESPONSABLE DU JOURNAL DIABÈTE EDUCATION :	Guillaume CHARPENTIER (Hôpital Gilles de Corbeil, Corbeil Essonnes)
RESPONSABLE DES GROUPES RÉGIONAUX :	Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud, Rennes)
RESPONSABLE DE LA FORMATION DES FORMATEURS :	Judith CHWALOW (Hôpital Hôtel-Dieu, Paris)

SOMMAIRE

Éditorial	P. 3
Vu pour vous	P. 3
Testé pour vous	P. 5
Évalué pour vous	P. 6
De la théorie à la pratique 1	P. 7
De la théorie à la pratique 2	P. 8
À propos	P. 10
Bulletin d'abonnement	P. 15

... Suite édit page 1

Cela peut sembler excessivement complexe mais ce sont toutes ces dimensions qu'il conviendrait de considérer afin de s'assurer que ce qui « sera » reconnu et « financé » ne corresponde pas à un « bradage » de l'éducation thérapeutique, une pratique assurée en masse moyennant quelques subsides saupoudrés çà et là pour satisfaire les différents modes d'exercice sans déplaire à aucun. Nous aurions attendu des décennies ce grand moment et pratiqué notre métier sans reconnaissance et celui-ci ne le serait pas pour autant à la fin !

C'est pourquoi tous les courants de pensée et modes de pratiques de la diabétologie doivent se sentir authentiquement repré-

sentés lors de cette démarche et défendre une position unitaire plutôt que de tenter d'obtenir ici ou là : hospitaliers, libéraux, tenants des réseaux, un avantage pour l'un des groupes au risque de fragiliser l'ensemble. D'autres spécialités seront aussi présentes avec peut-être moins d'exigences de rigueur (ayant moins d'ancienneté ou des patients moins complexes) et plus de sens de l'unité, de l'efficacité. Nous sommes au tournant de l'exercice médical dans notre domaine en particulier : l'organisation des soins, la définition des rôles des différents métiers et la place de l'éducation thérapeutique. Ne manquons pas ce rendez-vous en nous présentant dispersés. L'ALFEDIAM a pris cette fois l'engagement de gérer ces dossiers de « santé publique » aux côtés des autres acteurs que sont la FENAREDIAM, le SEDMEN, l'AFD, l'AJD, le

DELF, l'ANCRED, le responsable du Plan Diabète... en faisant en sorte de les représenter de façon fidèle et efficace ou de se présenter ensemble porteurs d'un discours cohérent. Evitons comme cela a pu se faire, des négociations « personnelles » pour obtenir un petit avantage et perdre en crédibilité globale. Tous unis nous serons plus forts.

Il y a un an nous demandions en tant que DELF au Président de l'ALFEDIAM, l'organisation d'états généraux de l'éducation diabétique, un tour de table initial a eu lieu et il convient de poursuivre ce travail maintenant qu'ALFEDIAM et DELF sont encore plus proches et harmonisés dans leur volonté d'action.

Serge Halimi

Bulletin de commande des *Teaching Letters* - DESG

Merci de bien vouloir cocher les exemplaires que vous souhaitez obtenir et faxer cette demande à :

Dr Martine Tramoni

Information Servier - 27 rue du Pont - 92578 Neuilly sur Seine Cedex

Fax : 01.55.72.74.74

Références

- | | |
|---|--------------------------|
| N°01 - Antidiabétiques oraux..... | ☐ |
| N°02 - Hypoglycémie..... | ☐ |
| N°03 - L'auto-contrôle..... | ☐ |
| N°05 - Complications tardives du diabète..... | ☐ |
| N°06 - Les soins des pieds..... | ☐ |
| N°07 - Mise en place d'un programme d'éducation du patient diabétique..... | ☐ |
| N°08 - Thérapeutique et éducation : la valeur ajoutée du traitement..... | ☐ |
| N°09 - Aidez vos patients à améliorer leur prise en charge..... | ☐ |
| N°11- Check list de l'éducation thérapeutique du patient..... | ☐ |
| N°15 - Motiver et aider les patients diabétiques à suivre leur traitement..... | ☐ |
| N°16 - Comment évaluer l'éducation thérapeutique des diabétiques ?..... | ☐ |
| N°17 - Comment améliorer le suivi des maladies chroniques..... | ☐ |
| N°18 - Formulation des patients diabétiques en vue de l'utilisation des appareils de pointe ... | ☐ |
| N°19 - L'intelligence émotionnelle dans la prise en charge du diabète..... | ☐ |

Nom :

Adresse :

VU POUR VOUS

CLUB DES JEUNES DIABÉTOLOGUES, NICE 20 AU 22 JANVIER 2006 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DIABÈTE

Monique Martinez, Gonesse



ES deux jours de séminaire, dans une ambiance toujours aussi sympathique, nous ont permis d'appréhender plus concrètement le rôle éducatif de l'éducateur médico-sportif dans la prise en charge du patient diabétique ainsi que l'aspect très valorisant dans l'estime de soi que la pratique d'une activité sportive pouvait apporter aux patients, notamment lors de période de rupture avec leur maladie.

De la première matinée théorique, soulignons l'intervention de différentes équipes d'éducateurs médico-sportifs, retraçant leur expériences professionnelles, en particulier l'intervention de Franck Laureyns de Douai nous détaillant son vécu au centre hospitalier de Douai. Le recrutement des patients adressés pour prise en charge médico-sportive est particulièrement multidisciplinaire, provenant de différents acteurs de soins tels que les médecins, mais aussi les psychologues, les diététiciens, les infirmiers... Le premier entretien médico-sportif relève d'un intérêt majeur, permettant en particulier de mettre en place des stratégies de modifications comportementales adaptées au cas par cas, après évaluation des occupations sédentaires du patient, de ses représentations de l'activité physique, de ses capacités physiques, de ses motivations et de tout facteur pouvant les améliorer. Un contrat éducatif est alors proposé au patient devenant véritable acteur de sa prise en charge. Les outils mis à disposition, au sein de réunions et de tables rondes, comprennent des supports audiovisuels, des évaluations qualitatives et quantitatives de l'activité physique ainsi qu'une évaluation des croyances par questionnaires. Les programmes d'éducation se déroulent étape par étape, seul, en binôme ou en groupe. Un cycle de trois mois est initialement proposé, au rythme de deux séances de 1h30 par semaine, suivi d'une séance de rappel trimestrielle durant un an. Une évaluation est effectuée en fin de cycle, comportant des tests d'endurance, de tonicité, de souplesse, des questionnaires d'activité physique ainsi que des mesures de masse grasse. L'objectif principal est de permettre au patient l'acquisition d'une autonomie dans la pratique de l'activité physique, avec poursuite de cette pratique dans la vie extérieure. Sur 1000 patients ayant suivi ce cycle éducatif à Douai depuis 1999, il n'y a eu à déplorer aucun accident durant la pratique sportive, pratique adaptée à chaque patient, progressive et donc sécuritaire.



Une séance d'activité sportive nous a par la suite été proposée au Parc de Vaugrenier, séance en plein air animée par les Educateurs médico-sportifs (photos 1, 2 et 3). Des jeux de ballons et des relais nous ont permis de renouer avec la convivialité du sport d'équipe. L'ensemble des participants s'étant pris au jeu, cette séance très dynamique et fort sympathique nous a permis de partager différemment quelques heures au sein d'un cadre très agréable.

Divers ateliers aux thématiques variables ont clos cette journée : Stages sports et diabète, Comment aborder l'activité physique en consultation, Auto surveillance glycémique, Alimentation et activité physique, Diabète et activité physique : point de vue du patient, Adaptation des doses d'insuline/ADO avant-pendant et après l'activité physique, Comment aider les adolescents à mieux vivre et prendre en charge leur diabète autour d'un projet sportif, Les représentations de l'activité physique par les patients, Comment engager durablement une personne dans l'activité physique. Les échanges effectués au sein de chaque atelier se sont avérés très instructifs, nous permettant de mieux appréhender les difficultés de la mise en place active d'une activité physique durable chez nos patients ainsi que le bénéfice attendu, souvent sous-estimé en terme de valorisation de soi, se surajoutant au bénéfice attendu concernant l'équilibre du diabète.

La matinée du lendemain s'est avérée passionnante. Nous étions tous extrêmement admiratifs du travail effectué par le Dr Said Bekka à Chartres concernant son expérience du diabète dans la pratique de sports extrêmes. La pratique du sport chez le patient diabétique est reconnue pour ses bénéfices en terme de contrôles glycémiques, de stabilisation pondérale, de prévention des risques cardiovasculaires mais aussi de renforcement de l'estime de soi et de bien-être psychologique. Concernant la pratique des sports extrêmes, on retrouve, nous explique Said Bekka, des principes de base rappelant curieusement ceux exigés chez nos patients diabétiques dans la prise en charge de leur diabète. Aux items « bonne connaissance de soi, autonomie, persévérance, hygiène de vie, gestion alimentaire, improvisation, maîtrise technique, soutien d'équipe », valeurs indispensables à la pratique de



... suite page 3

sports extrêmes, peuvent correspondre chez le patient diabétique les performances requises « reconnaissance de ses limites, prise en charge, observance, contrôle des facteurs de risque, diététique, adaptation thérapeutique, maîtrise du matériel, confiance dans l'équipe soignante ». Se parallélisme a conduit Said Bekka à proposer des sports extrêmes à certains patients volontaires, en rupture avec eux-mêmes, leur permettant de sortir de la routine du quotidien tout en rétablissant l'estime de soi. Il nous a fait partager ses expériences inoubliables : « Marathon de New York

La présence dans la salle de Mr José Vincent, diabétique ayant participé à plusieurs expéditions, ainsi que son témoignage nous ont conduit à une profonde humilité devant le courage nécessaire pour parvenir à se dépasser de la sorte.

La deuxième intervention de la matinée par le Dr Boris Lormeau et son épouse Corinne Lormeau, infirmière, concernant la plongée chez le diabétique, nous a permis de percevoir à quel point un engagement professionnel hors limites classique peut permettre l'amélioration des libertés d'accès à ce sport pour une population jusqu'à

Golf Juan s'est avéré de 0.40 g/l, conduisant à recommander impérativement un objectif glycémique élevé avant la plongée avec re-sucrage si nécessaire. Ce delta glycémique s'est avéré encore plus élevé, de l'ordre de 0.7 g/l, lors de plongées dans le cadre d'études ultérieures effectuées en eau chaude à l'île de la Réunion en Janvier 2005. L'autorisation de plongée dans le diabète de type 1 a été acceptée par la FFESSM sous certaines conditions et suivant un protocole strict de mise à l'eau. Un double certificat d'aptitude est requis, le premier étant à remplir par le diabétologue traitant, le deuxième par le médecin de la FFESSM (certificat médical final de non contre-indication). Sept conditions sont requises :

- âge supérieur à 18 ans
- un suivi diabétologique régulier
- une éducation acquise dans la gestion des hypoglycémies et des décompensations acido-cétosiques
- la surveillance régulière des glycémies capillaires
- une HbA1c < 8.5%
- une bonne perception des hypoglycémies à un seuil de 0.5 g/l
- l'absence de complications micro ou macro vasculaires.



(1995), Ascension du Kilimandjaro (1996), Traversée de la Manche (1999), Etape du Tour de France (2000), Expédition au Pôle Nord (2002), Grande Muraille de Chine en VTT (2003) », expérience de groupe de diabétiques en grande majorité de type 1, en difficultés vis à vis de leur diabète, encadrés par lui-même et d'autres professionnels de santé selon les défis. Un contrat signé initial d'entraînement a toujours précédé la mise en place d'une expédition avec sanction très stricte d'exclusion en cas de plus de deux séances d'entraînement manquées. Les bénéfices en terme d'intensité du vécu, de solidarité, d'estime de soi devant l'exploit réalisé sont majeurs. En terme d'équilibre glycémique, l'HbA1c s'est améliorée de l'ordre de -1.5 à -1.8%. La perte de poids peut se chiffrer à 5 kg selon les épreuves, la réduction des doses d'insuline de 30 à 50%. Les conditions des sports extrêmes étant proches de celles réclamées aux patients diabétiques, leur mise en application, après préparation très minutieuse, peut aider à l'acceptation de la maladie et rehausser l'estime de soi.

présent très pénalisée par la fédération de plongée. En effet, la plongée, contre-indiquée dans le diabète de type 1 en France depuis les années 1980, a vu ses indications s'élargir en Octobre 2004 par la CMN (Commission Médicale Nationale) de la FFESSM (Fédération française de plongée) suite aux discussions ayant suivies la présentation de l'étude de Boris Lormeau et de son équipe à Golf Juan en Octobre 2003. Cette étude nous a donc été présentée par Boris et Corinne Lormeau. Quinze patients diabétiques de type 1 ont participé à un séminaire de plongée sous contrôle très strict des glycémies capillaires. Des réductions d'insuline de l'ordre de 20 à 30% ainsi que des apports glucidiques et caloriques de l'ordre de 3225 Kcal en moyenne ont été nécessaires. L'utilisation de holters glycémiques CGMS protégés en caisson étanches ont permis de confirmer la stabilité glycémique obtenue pendant la plongée ainsi que l'apparition d'hypoglycémies tardives souvent nocturnes. Le delta glycémique constaté avant et après plongée en eau froide à

Les aptitudes de plongée sont restreintes à 20 mètres et à 30 mètres sous encadrement par un moniteur, dans de bonnes conditions climatiques. Un protocole strict de mise à l'eau a été élaboré, comprenant des glycémies capillaires 60 mn, 30 mn et 5 mn avant la plongée. Des recommandations de re-sucrage sont obligatoires : 30 g de glucides en dessous de 1.60 g/l de glycémie capillaire, 15 g de glucides en dessous de 2 g/l, et ceci à chaque étape du contrôle glycémique capillaire. Des glycémies > 3 g/l avec cétone ou des glycémies persistant < 1.60 g/l malgré re-sucrage contre-indiquent formellement la mise à l'eau. Une nouvelle évaluation des aptitudes sera réalisée par la FFESSM dans trois ans, permettant peut-être l'élargissement de ces recommandations. Concernant les patients diabétiques de type 2, seuls ceux sous régime seul ou biguanides sont pour l'instant autorisés à plonger.



... suite page 4

 E remarquable travail ayant permis l'accès légal à la plongée aux diabétiques de type 1, nous démontre à quel point notre propre implication peut aboutir dans l'amélioration des conditions d'existence de nos patients. Soulignons en parallèle l'auto implication exceptionnelle de Said Bekka dans l'entraînement et la réalisation des exploits sportifs de l'extrême. Toutes ses réalisations nous ont par ailleurs été présentées avec grande discrétion, beaucoup d'humilité, témoignant du véritable état d'esprit « sportif » de nos confrères.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Serge HALIMI
Diabétologie CHU - 38700 La Tronche
Tél. 04 76 76 58 36

DIRECTEUR DE RÉDACTION :

Guillaume CHARPENTIER
Hôpital Gilles-de-Corbeil 59 bd H. Dunant

RÉDACTEUR EN CHEF :

Monique MARTINEZ
CH de Gonesse - 25 rue Pierre de Theilley
BP 71 - 95503 Gonesse cedex
Tél. 01 34 53 27 53

DIABÈTE ÉDUCATION

COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)
Alina CIOFU (Montargis)
Cécile FOURNIER (Paris)
Helen MOSNIER-PUDAR (Paris)
Julie PÉLICAND (Bruxelles)
Julien SAMUEL LAJEUNESSE (Paris)
Fabrice STRNAD (Pontoise)
Martine TRAMONI (Neuilly s/Seine)

IMPRESSION

REPROTECHNIQUE
25 rue Tourneroche
92150 Suresnes

Tél. : 01 46 97 25 80

E-mail :
reprosurenes@reprotechnique.com
www.reprotechnique.com

La bonne humeur ayant présidé tout le long de ce séminaire sous l'encadrement de différentes équipes d'éducateurs médico-sportifs, nous fait appréhender celle régnant très probablement au cours de leur séances d'éducation. De quoi être fortement motivés pour permettre à nos

patients l'accès à ce type de prise en charge. Le seul bémol : la « Formation d'éducateur médico-sportif » non encore validée, rendant le recrutement difficile mais toutefois souhaitable.

M. M.

TESTÉ POUR VOUS

LES BD COMPRIMÉS DE GLUCOSE,

UNE ALTERNATIVE POUR LE RESUCRAGE DES HYPOGLYCÉMIES

Dr Julie Pélicand, Dr Catherine Berné, Bénédicte Kakou

 A problématique du resucrage des hypoglycémies est une réalité gênante au quotidien pour les patients diabétiques.

Des entretiens auprès d'adultes et adolescents sportifs nous ont permis d'identifier certains éléments de leurs comportements en cas d'hypoglycémies :

- le type de resucrant : sucre (particulièrement chez les adolescents), jus de fruit, gâteau, barre de céréales...
- le temps ressenti pour se sentir mieux : 10 à 15 minutes
- la satisfaction quant à leur mode de resucrage : plaisir de prendre un produit sucré à cette occasion
- le transport : difficile pour le sucre en morceau du fait de sa fragilité physique.

Afin de mieux répondre aux problèmes rencontrés par les patients lors d'hypoglycémies, le laboratoire BD lance un nouveau produit de resucrage : les BD comprimés de glucose.

Au goût orange, ils sont conditionnés à 5g de Glucose par comprimé et se présentent sous forme de tablettes rectangulaires sous emballage individualisé résistant (vendu par 6).

Ils sont disponibles en pharmacie et vendus 8 euros les 6 comprimés (sans remboursement).

Ils ont été proposés durant l'année 2005 à des adultes actifs (31) lors d'un week-end USD à Chalais (Jura) et des adolescents (42) lors d'un séjour AJD, afin d'évaluer l'intérêt lors d'hypoglycémies.

Chacun a testé au moins six comprimés lors de ses activités sportives.

En fin d'étude, sensibles au fait que l'on s'intéresse eux, les patients nous ont rapporté leur avis notamment sur les avantages et inconvénients.

Plusieurs items sont communs aux adultes et aux adolescents :

- l'action semble plus rapide avec les comprimés BD glucose qu'avec leurs resucrants habituels
- les modalités d'emballage ont été appréciées pour la résistance aux transports (sur soi ou dans les sacs)
- la forme et le goût ont satisfait majoritairement les adultes et adolescents, même si la taille paraît quelquefois trop importante, notamment si besoin de plus de 3 comprimés pour se resucrer

Suite à cette étude, les adolescents nous ont rapportés plusieurs intérêts dans leur vie quotidienne à utiliser ces comprimés :

- la facilité de transport en dehors du domicile (activités physiques, voyages,...)
- le « look » de l'emballage ressemblant à celui de produits consommés par les adolescents (chewing-gum...)
- la possibilité de varier les modes de resucrage (sucre versus comprimés)

Quant aux adultes actifs, leurs intérêts se portaient davantage sur :

- la sécurité d'avoir toujours un resucrant sur soi, fiable et efficace
- le goût : après des années le saccharose devient écœurant



... suite page 5

En conclusion, les BD comprimés de glucose peuvent être proposés dans un but éducatif lors de plusieurs circonstances.

Par exemple :

- pour prouver la fiabilité des produits de resucrage tels que les comprimés, en réalisant une glycémie avant et 10 min après resucrage
- pour « remotiver » un patient à se resucrer en cas d'hypoglycémie, la possibilité d'utiliser les comprimés peut rompre la lassitude de la prise de sucre
- pour apporter une sécurité aux patients grâce à la teneur en glucose du produit, notamment lors de déplacements extérieurs et dans des pays étrangers.

J. P., C. B. et B. K.

évalué pour vous

LE GUARDIAN-RT

DES MESURES CONTINUES DE GLUCOSE DISPONIBLES EN TEMPS RÉEL

Jean-Pierre Riveline

Le quotidien d'un patient diabétique de type 1 bien équilibré n'est pas facile : chaque jour, il doit faire 4 à 6 auto-contrôles glycémiques, 4 à 5 injections d'insuline, au mieux il porte une pompe à insuline en permanence. Malgré cela, l'équilibre glycémique n'est souvent pas parfait et le risque d'hypoglycémies ou de complications chroniques le hante. Cet état de fait est inacceptable et le plus souvent mal accepté par le patient. Des appareils de mesure continue de la glycémie, si possible non invasifs permettant d'éviter les autocontrôles glycémiques sont de plus en plus demandés par les patients. Le Guardian-RT, élaboré par Medtronic, est un outil de mesure continue du glucose interstitiel qui s'approche de cet objectif. Il a été testé par un groupe de diabétologues adultes et pédiatriques Européens. Ils ont récemment rapportés les premiers résultats de cette étude.

distance. Les mesures sont faites toutes les 5 minutes. Elles sont en permanence disponibles pour le patient sur un cadran. Il y a une alarme en cas d'hypo ou d'hyperglycémie, dont les seuils sont établis par le diabétologue ou le patient. 2 calibrations quotidiennes sont nécessaires. L'impact du Guardian sur l'équilibre glycémique a été évaluée dans une étude Européenne et Israélienne.



Devant ces résultats encourageants, une étude prospective randomisée a été entreprise. 81 sujets adultes (âge : 38,6+/-11,2 ans) diabétiques de type 1 depuis au moins 1 an, traités par insulinothérapie intensive depuis au moins 3 mois (multi-injection:52, Pompe:29), déséquilibrés (HbA1c 8,1%) ont été randomisés en 3 groupes égaux (n=27) : utilisation continue du Guardian®RT (groupe 1), utilisation discontinue (3 jours tous les 15 jours) (groupe 2) ou groupe témoin (3) (autocontrôle glycémique standard). L'équilibre glycémique a été évalué à l'inclusion, à 30 jours et 3 mois, par mesure centralisée d'HbA1c et téléchargement des données du Guardian® RT et d'un CGMS masqué dans le groupe témoin.

L'HbA1c avant randomisation était comparable dans les 3 groupes adultes (9,43+/-0,82 vs 9,56+/-1,36 vs 9,38+/-1,24%, groupes 1, 2, 3 respectivement, NS). A l'issue des 3 mois de l'étude, les sujets du groupe 1 avaient une réduction de l'HbA1c significativement plus importante que les sujets du groupe témoin (-1,38+/-1,09vs-0,74+/-1,14%, p<0,05).

PRÉSENTATION DU GUARDIAN® RT

Il s'agit d'un nouveau dispositif de mesure continue du glucose interstitiel. Un sensor de glucose contenant l'enzyme glucose oxydase est introduit par le patient sous la peau. Le glucose interstitiel est transformé en H2O2 puis en électrons. Le courant électrique qui en résulte est transmis via un câble à un transmetteur qui adhère à la peau (environ 5 cm de diamètre). Celui-ci transmet le résultat à un récepteur à

La première étape de cette étude était de tester la faisabilité de l'outil. 22 patients diabétiques de type 1 ont été inclus lors de cette première étape. Ils ont porté l'appareil pendant 10 jours. 88% d'entre eux ont activement utilisé les valeurs en temps réel et les alertes. 86 % d'entre eux ont modifié leurs doses d'insuline grâce aux informations fournies, 52% ont changé leurs habitudes alimentaires, 24% ont modifiés leur style de vie. Le téléchargement des données a permis de comparer le nombre des excursions glycémiques supérieure à 2 g/l entre le premier et le dernier jour de l'étude. Une diminution de 38% (p<0,05) a été constatée.

Le Guardian est donc un nouvel outil qui permet d'améliorer de manière importante l'équilibre glycémique des sujets diabétiques de type 1 déséquilibrés. Il ne s'agit que d'une étape vers l'obtention d'une administration d'insuline en boucle fermée. Prochainement, une pompe à insuline avec Guardian intégrée et proposition de doses d'insuline devrait être disponible. Le pancréas artificiel s'approche à grand pas.

J-P. R.

de la théorie à la pratique 1

BASES D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE GROUPE EN DIABÉTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Docteur Claire Le Tallec, Hôpital des Enfants - Toulouse

Ues séances d'éducation thérapeutique de groupe ont pour but de faciliter les conditions d'apprentissage. L'apprentissage a pour objectif l'acquisition de comportements adaptés à une situation. Tout programme d'éducation thérapeutique doit pouvoir répondre à 3 questions : pourquoi ? pour qui ? comment ?

POURQUOI ? :

un programme d'éducation thérapeutique doit permettre de renforcer, de développer, d'évaluer les connaissances, de laisser émerger le poids émotionnel de la maladie et d'aider les enfants et les adolescents à s'approprier leurs connaissances pour faire des choix.

POUR QUI ? :

Les enfants et les adolescents sont en développement. Pour tenir compte des capacités de l'enfant en fonction de son âge nous nous sommes appuyés sur les stades de développement décrits par Piaget en tenant compte du développement physique, cognitif, psychomoteur et psychoaffectif.

COMMENT ? :

A partir de la connaissance des stades du développement de l'enfant nous avons défini des objectifs généraux pour chaque tranche d'âge de 2 ans à partir de 5 ans.

Pour chaque séance nous définissons des objectifs spécifiques fonction des enfants inscrits et de leurs besoins repérés. Les enfants sont suivis par l'équipe médicale.

Les activités sont ludiques car le jeu est important dans les processus d'apprentissage. Le groupe est également facilitateur dans les processus d'apprentissage.

L'évaluation des acquis est faite à partir de différentes situations, de jeu, de mises en situation fictives, de spectacles mais aussi de mises en situation réelles. L'enfant doit assimiler ses expériences avec ses capacités de compréhension. Même quand une relation est expliquée, l'enfant doit l'intégrer activement dans sa propre capacité de compréhension pour être retenue.

Les enfants de 5 – 6 ans peuvent faire des choix simples et répondre à des consignes simples. La pensée porte sur la configuration (exemple, une pêche et une prune se ressemblent car elles sont rondes puis elles se ressemblent car appartiennent à la même famille des fruit).

Exemples d'objectifs :

- Sur l'alimentation : connaître 2 familles, les légumes et les féculents
- Sur la gestuelle : savoir faire correctement une autosurveillance glycémique
- Sur les hypoglycémies : connaître les signes et prendre du sucre

Les enfants de 7 – 8 ans savent comparer, retrouver des ressemblances et des différences. Ils commencent à percevoir les conséquences d'un phénomène. Ils commencent à comprendre les processus de transformation.

Exemples d'objectifs sont :

- Sur l'alimentation : connaître toutes les familles d'aliments
connaître les aliments qui se transforment en sucre.
- Sur l'hypoglycémie : savoir dire pourquoi

Les enfants de 9-10 ans maîtrisent la notion d'espace et de temps. Ils peuvent comparer leurs représentations à des échelles différentes. Ils sont capables de mobiliser les connaissances acquises selon les situations.

Exemples d'objectifs :

- Sur l'alimentation : être capable de reconnaître un menu équilibré,
- Sur les glycémies : savoir classer les glycémies
Connaître la conduite à tenir face à une hypoglycémie
Savoir faire une analyse d'urine ou doser la cétonémie si la glycémie est supérieure à 250 mg/dl

A partir de 11 ans, l'enfant est capable d'abstraction, il peut envisager tous les résultats possibles, il peut mettre en place des stratégies opérationnelles, il peut faire des conversions. L'adolescent a besoin de s'identifier et d'appartenir à un groupe. C'est pourquoi nous proposons des séjours de 3 ou 4 jours.

Exemples d'objectifs :

- Sur l'alimentation : savoir évaluer le rapport poids/ volume de féculents
- Sur la gestuelle : savoir faire une injection d'insuline
- Sur l'hyperglycémie : savoir gérer une hyperglycémie avec acétonurie
- Sur le traitement : connaître le mode d'action des insulines utilisées et savoir adapter les doses d'insuline
- Sur le sport : savoir pratiquer une activité sportive en toute sécurité

EN CONCLUSION,

En intégrant la théorie de Piaget selon laquelle l'enfant est un être scientifique qui essaie de comprendre en grande partie par lui-même et la théorie de Vygotsky selon laquelle l'enfant est un être social vivant au milieu de personnes désireuses de l'aider à acquérir des compétences nécessaires, on comprend que l'acquisition de l'autonomie de l'enfant ne dépend pas seulement de ses connaissances mais également du comportement et de la psychologie des parents ou des adultes qui l'accompagnent ainsi que du degré de responsabilisation qui lui est donné dans la vie de tous les jours. Pour aider les enfants à poursuivre la mise en pratique des connaissances acquises, il est important de s'assurer de la cohérence entre le message des soignants et la pratique des parents et donc de transmettre aux parents les mêmes informations qu'aux enfants.

C. L-T

de la théorie à la pratique 2

FORMATION POUR LES SOIGNANTS ENCADRANT LES SÉJOURS DE L'AJD

« DIABÉTOLOGIE ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE »

(article publié également dans le bulletin d'information de l'AJD)

Dr Julie PELICAND (Conseil en Éducation Thérapeutique à l'AJD) – Dr Michel CAHANÉ
Directeur Général de l'AJD

NES séjours de vacances organisés par l'AJD (Aide aux Jeunes Diabétiques) sont reconnus par l'Assurance Maladie comme des Séjours d'Éducation Thérapeutique pour les enfants et adolescents ayant un diabète. Ils permettent aux enfants d'apprendre et d'expérimenter des conduites à tenir, en étant encadrés médicalement, dans un contexte de vacances sportives et ludiques.

L'éducation thérapeutique a donc pour objectif de faire acquérir et maintenir des compétences chez l'enfant, qui l'aideront à gérer de manière optimale sa vie avec le diabète. Il va participer activement à la gestion de sa maladie et devenir progressivement autonome.

L'AJD met à disposition des soignants encadrant les séjours, de nombreux supports de connaissances, d'organisation en séjour et de mise en place de programme d'éducation, afin d'atteindre ces objectifs: cahiers de l'AJD, séquences pédagogiques, Tomes d'organisation des séjours, supports éducatifs.

Nous avons d'ailleurs élaboré un outil de recueil du diagnostic éducatif. Il s'agit d'un questionnaire semi-ouvert réalisé au début de chaque séjour et pour chaque enfant, et explorant le niveau d'autonomie de l'enfant, ses motivations à apprendre, son vécu du diabète et son niveau de connaissances. À partir de celui-ci, un programme d'éducation commun et individuel peut être envisagé selon les besoins et attentes des enfants, avec des objectifs et des techniques pédagogiques éducatifs adaptés à l'âge de chacun. En fin de séjour, une évaluation du processus éducatif est réalisée à partir du même questionnaire, mettant en évidence pour chaque enfant, la progression du niveau de connaissance, le savoir faire concernant les éléments de prise en charge de leur maladie pendant le

séjour, ses motivations à poursuivre à domicile certains des apprentissages et son vécu du diabète pendant le séjour.

De plus, des formations nationales et régionales sont organisées avant les séjours d'été pour les cadres, portant sur la diabétologie (théorie et pratique) et l'éducation thérapeutique (sensibilisation et pratique avec les enfants selon leur âge).

Cependant, il semble que le contenu diabétologique et les méthodes pédagogiques d'éducation soient difficiles à mettre en place lors du séjour AJD (résultats des évaluations réalisées auprès des cadres après formations et séjour AJD).

À l'AJD, nous avons donc décidé d'organiser une formation portant sur la diabétologie et l'éducation à l'intention des soignants (médecins, étudiants en médecine, infirmières) ayant déjà encadré un ou plusieurs séjours AJD.

Suivant les recommandations de l'OMS-Europe (1998) sur les programmes de formation pour professionnels de soins dans le cadre de maladies chroniques, **notre formation a été construite selon les critères d'une formation « fondamentale » à l'éducation thérapeutique.** Elle a été conçue pour enseigner les méthodes d'éducation thérapeutique aux soignants, en vue d'une application dans leur pratique quotidienne en séjour, et également pour aborder les aspects biomédicaux de la maladie et du traitement. **Elle vise donc 2 types d'objectifs principaux : thérapeutiques (pour les patients) et d'apprentissage (pour les éducateurs).** Elle inclut également la formation à l'évaluation du processus éducatif (programme mis en place) et à l'évaluation des résultats (objectifs atteints et compétences acquises).

Les expériences antérieures des cadres lors de séjours AJD ont été considérées comme

« stages d'observation et de sensibilisation » à la pratique éducative auprès des enfants et adolescents ayant un diabète.

La formation s'est donc déroulée à Abries, pendant 5 jours (du 15 au 19 mars 2006) dans une des maisons à caractère sanitaire de l'AJD, sous le soleil et dans la neige. 24 soignants se sont inscrits pour suivre cette formation, tout en s'engageant à retravailler dans un de nos séjours cet été. 4 formateurs étaient présents pour encadrer cette formation. **Les buts de cette formation étaient de permettre aux soignants de se rencontrer et de partager leurs expériences en séjour de l'AJD, ainsi que d'apprendre la théorie et la pratique diabétologique et éducative en séjour AJD.**

La formation avait lieu de 14h à 22h tous les jours, laissant libres les matinées pour se reposer ou découvrir les pistes de ski alpin ou de fond de la station d'Abries.

- Chaque journée était organisée suivant les mêmes étapes clés dans l'apprentissage :

1. **transmission de connaissances théoriques**
2. **appropriation des connaissances par la mise en pratique en séjour AJD simulé**
3. **préparation à la transmission des compétences aux enfants à travers une démarche d'éducation thérapeutique**

- Chaque jour abordait un thème différent de la prise en charge des enfants et adolescents en séjour AJD (selon les besoins et attentes des participants recueillis par questionnaire avant la formation) : éducation thérapeutique, gestion hypo-hyperglycémie, équilibre glycémique et soins (cf tableau du programme).

- Selon les objectifs visés, les participants travaillaient en plénière ou en atelier de 4 à 7 personnes. La participation active et mutuelle des formés et formateurs était encouragée par les ateliers et travaux en groupe.

L'évaluation durant la formation a été double (en cours d'analyse)

- Une évaluation (normative) de la formation, à partir :

- du niveau de connaissances des participants avant et après la formation
- d'une enquête écrite auprès des participants sur leur niveau perçu de compétence pratique en diabétologie et en



...

éducation concernant les différents thèmes de la formation, leur niveau de satisfaction sur le contenu et la forme de la formation

- d'un débriefing en plénière sur les aspects positifs et négatifs de la formation par les participants
- Une auto-évaluation (évaluation formative) des participants à partir des différentes grilles proposées pour chaque atelier.

EN conclusion, cette expérience innovante de l'AJD semble avoir été appréciée par les cadres ayant participé à la formation. Les aspects positifs relevés sont : « les rencontres et les échanges nombreux, de nombreux apprentissages, des remises en question, une remise à jour des connaissances, des outils de travail et de réflexion très intéressants, enrichissants, motivants, concrets et pratiques, ..., une envie de mettre en pratique dans les prochains séjours,..., et bien sûr le SKI ... activité bien agréable sous le soleil

et dans la neige, de quoi s'oxygéner avant de travailler !!!! »
J.P. & M.C.

Pour plus de renseignements sur les séjours d'éducation et formations de l'AJD, contactez :

AJD (Aide aux Jeunes Diabétiques),
9 rue Pierre de Coubertin - 75013 Paris
el : 01-44-16-89-89

Site internet : www.ajd-educ.org
et www.diabete-France.net

ÉTAPES D'APPRENTISSAGES	J1 : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	J2 : HYPO-HYPER	J3 : ÉQUILIBRE GLYCÉMIQUE	J4 : SOINS
CONNAISSANCES THÉORIQUES	• ' Quels éléments vous sont utiles pour mettre en place un programme d'éducation pour les enfants » • La physiologie du diabète	• Les peurs en séjours AJD (soignants, enfant, parent) • Connaissances sur Hypo-Hyper	Adaptation des doses d'insuline (2 niveaux) • profils des insulines et adaptation de base • éléments clés de suivi de l'équilibre glycémique	Gestes d'autosurveillance et de traitement : • justification de chaque étape du geste
MISE EN PRATIQUE EN SÉJOUR AJD (ACQUISITION DE COMPÉTENCES PAR LES SOIGNANTS)	• Le diagnostic éducatif selon l'âge (4 groupes) • Les programmes d'éducation réalisés en 2005 selon âge : analyse des objectifs, techniques pédagogiques utilisées	• Conduite à tenir en séjour AJD : protocoles AJD (définition et risques, rôle du cadre, rôle de l'enfant) • Messages à transmettre aux nouveaux cadres au début du séjour • Prise en charge de l'hypoglycémie sévère à l'AJD (matériel, organisation)	• Utilisation de diabecarnet dans le suivi de l'équilibre des enfants en séjour • Les pompes à insuline en séjour : CAT • Éléments importants dans l'apprentissage de l'adaptation des doses chez l'enfant (selon âge) • Préparation d'une activité sportive en séjour AJD : utilisation d'une grille	• Trucs et astuces pour la pratique des soins en séjour • préparation d'une malle médicale lors de mini camp en dehors du centre • « Quels sont les éléments essentiels à mettre en place dans une infirmerie pour une gestion optimale des soins par les enfants et soignants
ÉDUCATION DES ENFANTS SELON ÂGE (ACQUISITION DE COMPÉTENCES PAR LES ENFANTS)	2 exemples de séances d'éducation : • le diab'knack (physiologie du diabète) • Tous à table (équivalences glucidiques et besoins des enfants) Utilisation d'une grille d'évaluation des séances d'éducation	• Préparation séance d'éducation sur hypo-hyper • selon âge enfants (4 groupes) • à l'aide d'une grille de création de séance • Présentation des 4 séances - évaluation selon la grille de critères d'évaluation • synthèse	• Préparation d'un support éducatif (poster) sur les insulines et adaptation des doses • selon âge enfants (4 groupes) • avec grille de création de supports éducatifs • Présentation des posters - évaluation selon grille de critères d'évaluation • Synthèse sur la mise en place d'un programme éducatif (diagnostic éducatif, objectifs, séances, supports)	Organisation d'une infirmerie : poster selon l'âge à partir de la grille de critères d'organisation Présentation du poster sous forme d'une explication aux enfants de l'organisation de l'infirmerie • évaluation selon grille de critère

à propos...

PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES MÉTABOLIQUES AU SEIN DU GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

MOURIC Vincent - Diététicien

La prise en charge de patients présentant un Syndrome Métabolique a lieu dans le Service du Pr. BRUCKERT. L'objectif est d'amener le patient à adopter de nouveaux comportements alimentaires ainsi qu'une meilleure hygiène de vie. Le suivi diététique étant essentiel (avec l'activité physique), toutes les étapes de cette prise en charge seront approfondies.

La prise en charge se déroule en trois temps. Elle débute par une hospitalisation en mini Hôpital de Semaine (mini HDS), dispositif créé par le Dr Boris HANSEL, endocrinologue, en avril 2005. Trois mois après, le patient est reçu en mini Hôpital de Jour (HDJ), puis ensuite en consultation diététique (six mois après).

Lors du mini HDS, 4 patients sont hospitalisés du lundi matin au mercredi midi et pris en charge par une équipe pluridisciplinaire (médecin endocrinologue, médecin du sport, kinésithérapeute, diététicien, psychothérapeute). L'ensemble des consultations, examens et ateliers est organisé selon un planning très précis remis aux patients. Tous les ateliers sont pratiqués en groupe. L'hospitalisation se termine par la visite médicale le mercredi matin au cours de laquelle le médecin fait le bilan des trois jours et rappelle les objectifs au niveau diététique et de l'activité physique. Ces objectifs feront l'objet d'un bilan lors de l'HDJ (3 mois après) et seront affinés lors des consultations du suivi.

L'ATELIER « activité physique » a lieu le mardi matin et chaque patient est tenu de ramener une tenue adaptée (jogging, chaussures de sport). L'objectif est d'adapter l'activité physique aux possibilités de chacun (poids, expérience sportive, douleurs présentes, etc.). Une visite par le médecin du sport et le kinésithérapeute du service est ensuite prévue l'après-midi, avec discussion sur les objectifs.

Le diététicien intervient à chaque étape de la prise en charge. Lors de l'HDS, l'intervention diététique se déroule en trois temps : une enquête alimentaire, un atelier diététique et la remise des objectifs.

L'enquête alimentaire a lieu le premier jour et doit permettre au diététicien d'identifier les principales erreurs du patient afin de dégager 3 ou 4 objectifs. Le nombre d'objectifs est limité volontairement afin de ne pas démotiver le patient par une trop grande frustration.

L'atelier diététique se déroule le lendemain matin avec les 4 patients, dans une grande salle de réunion et dure environ 1h. Les outils utilisés sont un tableau, des aliments factices et des emballages de produits. Ces derniers permettent une meilleure visualisation et donc une meilleure adhésion des patients. Le diététicien garde à l'esprit de rendre l'atelier interactif en posant régulièrement des questions et en faisant manipuler emballages et aliments factices. Il démarre l'atelier par un rappel sur l'équilibre alimentaire puis construit l'intervention autour des différents objectifs des patients. Les thèmes les plus régulièrement étudiés sont le rythme des repas (dont les collations), l'arrêt des grignotages, le choix des laitages et des plats industriels (avec un travail sur les étiquetages d'emballages), les fruits, les charcuteries, etc. Le diététicien veille toujours à faire participer chaque patient afin qu'il se sente impliqué dans l'atelier. Chacun, dans une certaine

mesure, peut ainsi faire part de ses propres expériences.

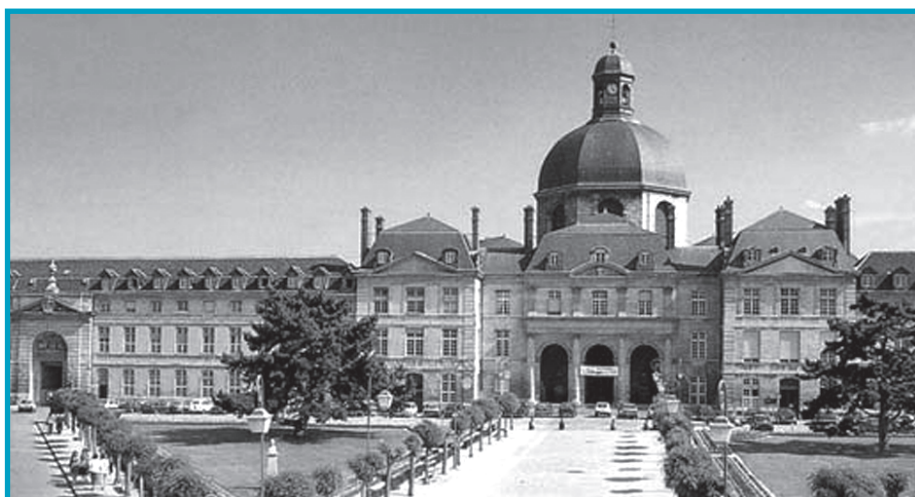
Une cuisine thérapeutique est également en projet, dans le but d'améliorer l'éducation nutritionnelle des patients. Au programme les différents types de cuisson et le dosage des matières grasses seraient abordés.

Les patients ne connaissent leurs propres objectifs diététiques que l'après-midi. Ceci permet à chacun de suivre l'ensemble des conseils lors de l'atelier et de ne pas se sentir systématiquement visé. Il leur est demandé de les appliquer un par un et de façon progressive afin que ces nouveaux comportements alimentaires soient acceptés. Le diététicien vérifie à ce moment que le patient a correctement intégré les objectifs de l'atelier du matin. Un rendez-vous est donné dans les 3 mois qui suivent afin de faire le point.

LORS de l'HDJ, 3 mois plus tard, le diététicien vérifie si les conseils ont été suivis et tenus. Dans ce cas, un ou plusieurs objectifs sont ajoutés ou si besoin affinés.

Si les objectifs n'ont pas été atteints, le diététicien tente d'en identifier la cause et adapte les conseils.

Si le patient en éprouve le besoin ou sur prescription médicale, des consultations de suivi sont programmées pour refaire un point sur les difficultés rencontrées.



... suite page 10

La mise en place de groupes de patients dans la prise en charge des syndromes métaboliques souligne l'importance de la communication des patients entre eux ainsi que l'intérêt de l'échange d'expériences. Ce dispositif permet également une meilleure adhésion aux conseils du diététicien qui sont perçus de façon moins scolaire (notion de convivialité).

D'autre part, l'organisation particulière du séjour constitue un atout supplémentaire à la prise en charge: les patients se sentent entourés, écoutés et sont égale-

ment valorisés par l'élaboration avec précision d'un planning et le respect de ce dernier.

Enfin, la pluridisciplinarité participe à la cohérence et l'intérêt de la prise en charge par la mise en relation des différents savoir-faire de chaque praticien et par la complémentarité des diverses interventions de chacun.

Un staff de synthèse pluridisciplinaire à la fin du séjour pourrait être ainsi mis en place pour améliorer cette cohésion mais les horaires précis des diverses prises en charge

nécessitent une réorganisation des plannings.

De même la participation des médecins de ville à la prise en charge des patients dans le service est à encourager. En effet les 4 personnes hospitalisées sont pour la plupart adressées par des médecins de l'hôpital et connaissant bien le service. Le Dr Hansel a pensé créer un site Internet qui permettrait justement de faire connaître le service avec la possibilité de communiquer à distance avec les médecins.

M. V.

DÉPENDANCE ET ADDICTION

A PROPOS D'OBSERVATIONS MENÉES CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 ET DE TYPE 1 : RESENTI D'UN SOIGNANT

Claude Colas

107 rue de l'Université - 75007 Paris

1) LA DÉPENDANCE

a) Définition et différences entre les deux types de diabète quant à la dépendance :

 N'a pris l'habitude, la légèreté pourrait-on dire, de parler de diabétique insulino-dépendant ou de diabétique non insulino-dépendant sans apprécier les conséquences de ces appellations sur les patients. Il est vrai que l'on a maintenant déplacé le problème en les dénommant diabétiques de type 1 et 2.

Mais la peur de la dépendance est très présente chez les diabétiques de type 2.

Je vous livre la réflexion d'une de mes patientes, qui, pour mieux se défendre de cette notion de dépendance, me dit un jour, très justement : « *Nous sommes tous dépendants de l'insuline, diabétiques comme non diabétiques* ».

La notion de dépendance s'applique donc, dans le jargon des soignants - presque abusivement pourrait-on dire, car il n'y a pas eu de plaisir qui aurait précédé ce phénomène comme avec la cigarette, la drogue, l'alcool - à l'exigence du traitement insulinaire, alors que c'est en termes de besoin que l'on devrait s'exprimer, un besoin proportionnel à la carence en insuline et non à la dépendance. La notion de requérance serait plus adaptée.

La plupart des patients diabétiques de type 2 craignent de devenir dépendants de l'insuline, c'est une des raisons pour laquelle ils refusent longtemps ce traitement, probablement parce qu'ils n'ont pas oublié -entre autre chose- qu'ils étaient « non insulino-dépendants ».

Cette peur s'est exprimée par cette femme qui me dit un jour : « *je suis diabétique insulino-indépendante* » et cet autre malade qui, à l'âge de 80 ans, me dit : « *alors l'insuline si je la commence maintenant, c'est pour la vie ?* ». S'apercevant du même coup que le temps qui lui restait à vivre allait se passer en compagnie de l'insuline.

La notion et la crainte de la dépendance se posent moins pour le type 1 qui n'a pas le choix de son traitement et qui n'a pas le temps de se poser la question du bien-fondé de celui-ci. On craint la dépendance avant tout traitement, mais on ne la craint plus une fois que le traitement est institué. Pour craindre la dépendance il faut avoir le temps de la redouter, c'est le cas de nos patients diabétiques de type 2 chez qui il se passe plusieurs mois entre le diagnostic de la maladie, la proposition du traitement par insuline et la mise en route du dit-traitement.

La notion de dépendance renvoie à la mère nourricière et à l'impossibilité pour le bébé de s'en éloigner. Un grand nombre de patients nous disent que commencer

l'insuline les empêcherait de voyager, de se déplacer loin de chez eux. Cette crainte n'existe pas chez le diabétique de type 1 qui prend prétexte de son « handicap » pour relever des défis au moyen de voyages et d'épreuves physiques et sportives.

b) Quand la croyance rencontre la dépendance :

Une patiente diabétique de type 2 me dit qu'elle prend ses médicaments chaque matin un peu à la manière de « grigri » :

« *Ils me protègent, c'est de la superstition, je le sais, ils ne me soignent pas uniquement, leur action est continue et protectrice. Quand je vois que mes glycémies descendent dans l'après-midi, je n'ai pas le réflexe de baisser mes comprimés, je mange davantage et je pense si ça baisse maintenant ça baisse partout et ils me font du bien* ».

Le comprimé c'est le bon objet que l'on introduit avec douceur comme un aliment dans l'organisme, on peut l'oublier, on ne s'en aperçoit pas, il n'y a pas de consé-

... suite page 11

quence sur le corps. On n'est pas dépendant d'un comprimé, mais on croit le devenir de l'insuline, traitement incorporable par excellence.

L'insuline est pour certains diabétiques de type 2, par opposition aux comprimés, le mauvais objet, celui que l'on s'administre par piqûre, celui qui agresse et égratigne la peau, qui rentre dans le corps par effraction et celui dont on redoute la douleur.

La dépendance selon Mélanie Klein¹ est l'un des deux moyens de défense utilisé par l'enfant quand il a trop souffert de la séparation d'avec sa mère ou du sevrage, par exemple ; cet état est appelé par Mélanie Klein : la *position dépressive*. (L'autre moyen de défense, nous dit-elle, est la schizophrénie qui consiste à ne trouver en soi que les bons objets et à s'y replier).

La peur de devenir dépendant renvoie donc à la mémoire de la perte du bon objet, à la séparation d'avec la mère, à la perte d'autonomie et à la privation de la bonne santé.

Pour dépasser cette peur, il faudrait que l'insuline soit considérée par les patients comme faisant partie de « soi », comme allant de soi et non comme un objet dont on devient « accro » (l'insuline n'est pas la morphine).

Selon Mélanie Klein, la séparation d'avec la mère consiste, pour le petit enfant, à la faire passer de soi (interne) à un objet subjectif. Le processus d'incorporation d'une maladie fait le parcours inverse. Elle est d'abord externe, puis éventuellement objet subjectif (c'est le stade de l'avoir : « j'ai une maladie ») puis interne, faisant partie de soi (« je suis malade »)².

c) Dépendance vis à vis de l'entourage : L'autre dépendance...

Dans l'étude ENTRED, il ressort que 20 % des personnes diabétiques de type 2 estiment que le diabète est responsable d'une dépendance vis-à-vis de l'entourage³.

d) La dépendance vis-à-vis du médecin et des soignants :

On est dépendant de son médecin plus que de son traitement.

C. est en recherche de diabétologue... Celui qui la suivait depuis plus de 20 ans est parti à la retraite, sans laisser de remplaçant ni de consigne pour le suivi ultérieur de C. L'entretien avec le nouveau médecin - étranger à l'évidence - s'est avéré douloureux, traumatisant.

C. erre de médecin en médecin. Elle se révèle fragile, son diabète l'a fait souffrir, la rupture davantage encore. Elle est diabétique depuis l'âge de 10 ans. Son médecin la suivait depuis le début de la maladie. Elle a aujourd'hui 43 ans.

Sa mère est âgée de 75 ans et continue de s'inquiéter au sujet de sa fille qui fait beaucoup d'hypoglycémies. Elle la joint fréquemment au téléphone à ce sujet.

Quand C. avait entre 10 et 19 ans, il n'y avait pas de gâteaux ni de sucre à la maison, sa mère supprimait tout, aux sept autres enfants aussi d'ailleurs. Comme si tout le monde était diabétique.

Lorsqu'elle était enfant, C. allait à la boulangerie et achetait 4 gâteaux, trois pour elle qu'elle mangeait sur la route et un qu'elle mettait de côté dans son armoire et que sa maman découvrait le matin en miettes.

Elle a rencontré son mari à 19 ans, c'est tard dit-elle par rapport à son diabète, comme s'il lui avait manqué quelqu'un d'aimant pour elle seule depuis l'âge de 10 ans. Nul doute que sa maman lui donnait tout l'amour qu'elle était en mesure de lui donner, mais C. n'était pas la seule enfant.

Son mari se révèle très présent, très disponible, c'est un peu le « tuteur » du diabète...

Le diabète de C. a aujourd'hui l'âge que sa maman avait quand elle est devenue diabétique, c'est-à-dire 33 ans. Et aujourd'hui, C. vit la perte de son diabétologue, considère que c'est à son tour de s'occuper de sa maman. C'est un peu comme si elle devait devenir en quelque sorte le parent de son diabète et celui de sa maman.

Sa maman est trop âgée, son diabétologue disparaît, seul son mari est là pour l'aider, elle doit à son tour se prendre en charge en attendant l'aide d'un autre

médecin qui restera en position objective non maternante, ne créant pas de dépendance.

2) L'ADDICTION



ERTAINS patients diabétiques ont des équilibres glycémiques extrêmes, soit très hypoglycémiques, soit très hyperglycémiques, des comportements de soins risqués qui les exposent tantôt à des comas hypoglycémiques pour les premiers, tantôt à des complications à long terme pour les seconds.

Selon Joyce Mc Dougall, l'addiction ou toute toxicomanie est une tentative d'auto-guérison des angoisses psychiques, l'objet addictif se substitue à une bonne mère pour compenser l'absence d'affection. Dans la représentation psychique de ces patients, il manque une instance maternelle (On pourrait émettre l'hypothèse que le défaut d'insuline chez les diabétiques de type 1 renvoie les patientes à la notion de carence maternelle) avec ses fonctions de soulagement face aux expériences affectives. Pour colmater le manque d'objet maternel soignant, le sujet va chercher dans le monde extérieur un substitut des objets manquants de son monde interne⁴.

Certaines patientes, parmi les jeunes femmes boulimiques diabétiques de type 1 disent que ce sont les glycémies qui les nourrissent. (substitution du rôle nourricier de l'insuline par la conséquence somatique de la carence : les hyperglycémies qui sont un leurre affectif et la cause des complications diabétologiques.)

D'où cette tentation, pour moi, de faire un parallèle entre tout comportement addictif et les comportements de certaines patientes qui choisissent l'hyperglycémie chronique par le biais d'une baisse de leur insulinothérapie et/ou par des crises de boulimie.

En effet, l'hyperglycémie chronique met les patientes dans un état second, dans l'incapacité de penser, une sorte d'accalmie psychique, d'anesthésie provoquée par une « autarcie » glycémique, survenant très souvent le soir, à la fin d'une journée de travail ou de lycée, en préambule au sommeil.



... suite page 12

Un comportement addictif se voit également dans la recherche de l'hypoglycémie à tout prix, au moyen de rajouts d'insuline pluri-quotidiens et à l'aide de contrôles glycémiques répétitifs. Cette tendance à vouloir normaliser la glycémie ou à la faire baisser est évidemment plus proche d'un objectif de bonne santé que la recherche de l'hyperglycémie, qui lui est totalement opposée.

On pourrait dire que **l'addiction à l'objet glycémie** peut être considérée tantôt comme une tentative d'auto-guérison **psychique** quand il s'agit de l'état d'hyperglycémie chronique provoquée par le patient, tantôt comme une tentative d'auto-guérison **somatique** quand elle permet de faire temporairement disparaître le diabète et éloigner ainsi la menace des complications. L'hypoglycémie, c'est la preuve par le symptôme qu'on peut échapper au diabète.

Dans le cas de l'hypoglycémie choisie, ce ne sont alors plus les glycémies qui nourrissent à la manière d'une bonne mère le patient, mais les soins du patient pour lui-même qui utilise à bon escient l'insuline.

C., dont nous avons vu l'histoire un peu plus haut, dit qu'elle préfère les hypos aux hypers. C'est l'hypoglycémie qui la met à l'abri des complications. Elle a subi un traitement par or radioactif implanté dans l'hypophyse afin de limiter l'extension de sa rétinopathie proliférante déjà panphotocoagulée.

Depuis, elle a pu réduire ses doses d'insuline de moitié, c'est également chez elle un but avoué, à la fois la quête de l'hypoglycémie et le plafonnement des doses d'insuline, au prix d'un comportement de restriction calorique quotidien.

Elle sauve ses yeux, mais assigne son entourage à une grande surveillance. Elle est fière de son fils qui, à l'âge de 12 ans, lui a fait sa première injection de glucagon ; c'est également lui qui sait la convaincre de se resucrer quand elle est trop basse. *« Mon mari et mon fils sont de l'or pour moi ».*

On voit ici que les limites du diabète de C. dépassent celles de son propre corps pour concerner également son fils et son mari. Nous verrons plus loin comment la notion

de limite corporelle est rendue soit floue par le diabète soit en recherche de contour.

● M. est diabétique et boulimique depuis l'âge de 16 ans

M. dit que, une fois la peur panique passée, l'hypoglycémie lui procure un sentiment de guérison et de disparition du diabète.

Elle ne fait pas comme les autres diabétiques qui aiment l'hypoglycémie parce qu'elle leur permet de manger du sucre, elle ne se resucrer pas. Elle jouit de l'hypoglycémie comme d'une trêve dans la guerre qu'elle mène contre le diabète. Elle cultive l'hypoglycémie, la recherche, ne mange pas, adapte ses doses au feeling, sans trop les augmenter.

« La sensation de vide que donne l'hypoglycémie laisse toute liberté, toute initiative à la création, c'est le retour au point de départ qui fait réalité un peu à la manière d'un saut à l'élastique... Les médecins devraient sauter à l'élastique, ils comprendraient mieux l'hypoglycémie ».

Ce sont les hyperglycémies qui déclenchent ses crises de boulimies et non les hypoglycémies, à l'inverse de certaines diabétiques boulimiques qui, par peur panique du vide créé par l'hypoglycémie, engouffrent de grandes quantités de nourriture. M. a des crises de boulimie quand elle est en hyperglycémie, pour mieux favoriser la polyurie, pour éliminer.

Elle dit qu'elle ne sait pas se nourrir, que ce sont les glycémies qui la nourrissent.

En l'an 2000, M. a pour la première fois depuis deux ans une hémoglobine glyquée un peu en dessous de 10%.

Elle a moins de troubles alimentaires, parvient à augmenter ses doses d'insuline. Et, surtout s'investit dans un travail de création sans trop d'hypoglycémie : fait de la peinture, de l'argile et contemple ses poissons dans leur aquarium. Elle accomplit un travail de sublimation. Je suis dedans dit-elle, comme pour mieux signifier ses rapports externes ou internes : elle est elle-même définie par rapport à ce qu'elle fait.

De penser à la sauvegarde de ses yeux pour continuer à voir son œuvre de création lui permet d'améliorer ses glycémies. Elle entasse ses œuvres chez elle, les empile, avoue même qu'il n'y a plus beaucoup de place.

Elle a repoussé les limites externes de son corps, a développé un microcosme dans lequel elle a une place pour vivre, rêver, créer.

● B. est diabétique depuis l'âge de 12 ans.

B me dit qu'elle ne sait pas écouter ses désirs, qu'elle ne connaît pas ses limites. Que son rapport à l'alimentation est régi par la même loi. Son HbA1c n'est jamais descendue au-dessous de 10 %.

Elle profite de cette hyperglycémie chronique -qui la rend folle, dit-elle, et qui l'angoisse tout autant- pour occuper son esprit, ne pas penser qu'elle n'est pas compétente. L'hyperglycémie fonctionne comme une anesthésie contre l'angoisse psychique.

Ce qui frappe chez B, c'est l'absence totale d'hypochondrie⁵, le clivage (pas total cependant -car l'hyperglycémie l'angoisse tout autant que sa propre angoisse psychique- ce qui présage un meilleur pronostic que chez celles qui ne vivent pas ce cruel dilemme) entre le désir de bien faire et l'impasse hyperglycémique.

Elle a peur d'être seule, elle ne peut pas prendre un repas sans occuper son esprit d'une autre manière, regarder la télévision, lire un livre, elle se refuse aux plaisirs de l'alimentation et du goût, s'en détourne sans trouver davantage de plaisir dans ses autres occupations. Elle dit qu'elle balance entre stress et ennui -on verra plus loin ce même mouvement oscillatoire pour M.- qu'elle remplit l'ennui par des moyens dénués de plaisir : pianoter sur l'ordinateur pendant des heures, faire des réussites. Elle dit que ces remplissages alimentent sa culpabilité, la « nourrissent ». Elle ne sait pas s'accepter et surtout ne veut pas se fixer des limites comme une adulte. Elle ne veut pas devenir ni sage ni responsable, elle veut rester enfant.



... suite page 13

Elle ne voudrait pas que ses collègues apprennent qu'elle est si fragile. Qu'elle a cette sensibilité à fleur de peau. L'énergie qu'elle déploie à lutter physiquement et psychiquement contre l'état de fatigue lié à cette hyperglycémie lui permet de ne pas penser à ses inquiétudes.

Elle dit que son hyperglycémie la rend transparente aux yeux d'éventuels témoins. Elle réalise que sa sœur anorexique souhaite la même transparence, mais qu'apparemment : *« c'est bien plus difficile à réaliser sans diabète »*.

Sous-entendu B. a de la chance...a dit sa sœur.

Sa culpabilité est importante, je lui dis de traiter ce phénomène en amont du désordre boulimique, d'essayer de l'exprimer. En effet, quand vient le soir, elle est à nouveau en proie à ce déluge glycémique lié aux boulimies et au sous-dosage de l'insuline qui lui permettent d'oublier les difficultés de la journée. Elle a besoin d'être en hyperglycémie pour dormir, elle la programme pour ne plus penser à autre chose.

L'hyperglycémie est une sécurité psychique, une catastrophe somatique.

B. me dit qu'elle a horreur des conflits que cela lui rappelle son père, elle dit qu'elle se censure, et, pour l'instant, elle laisse faire les hyperglycémies à la place de sa pensée.

En 2003, B. rencontre B. et décide de se soigner, sa rétinopathie flambe, elle doit subir une vitrectomie. Elle ne s'en inquiète pas outre mesure. C'est un événement thérapeutique qu'elle ne peut influencer. Pas de manifestation d'angoisse en rapport avec cette intervention.

Elle ne veut pas augmenter ses doses d'insuline et admet comme dose « plafond » 20 unités matin et soir quand c'est 30 et 30, qu'il lui faudrait.

Elle décide d'interrompre son activité d'infirmière auprès des personnes dialysées, et reprend des études de

psychologie. Quand je lui demande si elle se sent concernée par ses hyperglycémies, elle me dit :

- « *non, ce n'est pas moi...* »
- « *est-ce le malade dont vous vous occupiez en dialyse ?* »
- « *Oui, peut-être* ».

Au moment où B. souhaite améliorer son équilibre glycémique, elle change de travail, décide d'abandonner le malade qui pouvait être diabétique à sa place.

Est-elle capable de s'approprier la maladie maintenant. De l'intérioriser ?

Le renoncement au métier d'infirmière mettrait aussi un terme à la relation culpabilisante et dépendante qu'elle a à l'égard de ses parents.

Tout objet de proximité, familial, positif ou négatif, peut-être dépositaire du diabète et ainsi empêcher le patient de le traiter ou de s'en occuper. **Le renoncement à cet objet « dépositaire », grâce à l'arrivée d'une relation amoureuse, est ici une des conditions qu'a B. pour mieux se soigner.**

B. avait réalisé que le diabète était comme son bébé, elle ne s'en occupait pas bien, le maltraitait comme son père faisait avec elle. Elle considère : *« qu'on peut bien s'occuper des enfants quand ils sont confiés (adoptés ?) mais pas quand ils sont un prolongement appendiculaire »*.

Elle considère donc qu'elle serait capable de bien traiter son diabète si on le lui confiait ?

Son diabète est survenu fin août, elle est née un 2 Septembre. Elle est née en même temps que son diabète, c'est quand elle a réalisé cela qu'elle a pensé que son diabète était son bébé.

Elle est aussi un double de son diabète, un jumeau en quelque sorte.

Ces jeunes femmes boulimiques et diabétiques paraissent oublier le rôle thérapeutique de l'insuline, refoulent toute idée de bienveillance par rapport à l'insuline.

Tantôt, c'est le constat de l'hyperglycémie qui provoque l'excès alimentaire, qui à son tour peut devenir la raison d'être du vomissement comme chez les boulimiques non diabétiques, tantôt c'est l'hypoglycémie qui provoque l'excès alimentaire par peur du vide.

Chez les boulimiques diabétiques qui vomissent, c'est le vomissement et non l'insuline, qui, de manière hallucinatoire, fait le vide glycémique :

« il faut vomir pour faire baisser la glycémie et ne pas injecter d'insuline pour ne pas grossir » dit une patiente, mais d'effet bénéfique de l'insuline, aucune attente, aucune illusion, à la place : une dénégation manifeste.

Quand enfin elles sont capables de parler sans affect de leur maladie, certaines patientes disent que l'insuline les fait renaître.

Tant qu'elle n'ont pas admis le rôle nourricier de leur traitement, elles ne peuvent s'en sortir. C'est comme si elles avaient renoncé aux vertus d'une mère suffisamment bonne et qu'elles pourraient faire croire que l'insuline les persécute...

L'une d'elles dit :

« je suis partagée entre le désir de faire l'insuline qui permet de vivre, en faire trop pour mourir et pas assez pour ne pas grossir »

3) CONCLUSION :

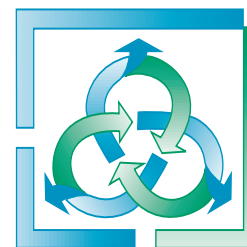
DE la crainte de la dépendance à l'addiction (la dépendance extrême) il y a deux mondes, celui du type 2 d'une part et celui du type 1 d'autre part, qui, s'ils finissent par utiliser un jour le même traitement, continuent de s'opposer : il y a celui qui résiste et celui qui s'y soumet.

C. C.

107 rue de l'Université
75007 Paris



Bulletin d'abonnement à **Diabète Education** et inscription au **DELF**



**INSCRIVEZ-VOUS,
ET VOUS SEREZ ABONNÉ !**



Photocopier et découpez suivant les pointillés, pliez suivant le tireté et glissez le coupon dans une enveloppe longue à fenêtre.

INSCRIPTION AU GROUPE "DIABÈTE ÉDUCATION DE LANGUE FRANÇAISE"

Association pour la reconnaissance et la promotion de l'éducation des diabétiques

Inscription pour l'année 2006 - Droit d'inscription : 20,00 Euros

Ces droits permettent d'être membres du DELF et de recevoir le journal "Diabète Éducation"

Libellez votre chèque à l'ordre de "Diabète Éducation de Langue Française"

Souhaitez-vous un justificatif ? oui ☐ non ☐

NOM : _____ et/ou tampon :

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____



Plier suivant le tireté

Adresser à :

Profession :

Médecin ☐

Infirmière ☐

Diététicienne ☐

Psychologue ☐

Autre ☐

Activité(s) :

Hospitalière ☐

Libérale ☐

Madame Helen MOSNIER PUDAR
Scé Maladies Endocrines et Métaboliques
Hôpital COCHIN
27 rue du Fb St Jacques
75679 PARIS Cedex 14



Participez au 3^{ème} prix organisé par le DELF & les Laboratoires MSD-Chibret...



**...et partagez les succès
de vos réalisations**

*Vous êtes une équipe médicale ou un personnel soignant – exercice libéral
ou public – à l'origine d'une initiative concrète pour l'amélioration de la prise en charge
cardio-vasculaire de vos patients diabétiques de type 2*

Un prix de

8 000 €

décerné par un jury indépendant
sera partagé entre les 3 meilleures réalisations

**Dossier de candidature et règlement du prix
au secrétariat du DELF**

Hôpital Cochin - 27, rue du Faubourg Saint-Jacques - 75014 Paris
tél : 01 58 41 18 83 - fax : 01 58 41 18 05
helen.mosnier-pudar@cch.ap-hop-paris.fr

**Date limite de réception des dossiers
15 octobre 2006**

