



# DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ ÉDUCATION  
N°1 VOLUME 16

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

## Éditorial

### Qualite de vie et maladie chronique

Au delà des symptômes somatiques propres à chacune d'entre elles, les maladies chroniques ont en commun un symptôme majeur : l'angoisse. Il est donc essentiel de savoir comment le patient réagit à cette angoisse chronique, quelle stratégie il met en œuvre pour maintenir son " homéostasie thymique ". Mais cette stratégie adaptée à la défense à court terme de sa qualité de vie, peut être médicalement inadaptée. Il faudra alors l'aider à la déconstruire pour essayer d'en construire une nouvelle. Le passage est périlleux !

Face à l'angoisse chronique, le patient peut utiliser trois stratégies :

- l'évitement, conséquence du déni ou de la dénégation (" pas vu, pas pris ! "). Remarquons au passage que cette stratégie peut être considérée comme adaptée, si le patient pense qu'il n'y a pas de traitement efficace (ainsi certains patients atteints de maladie incurable marchent à la mort en faisant comme si de rien n'était, suscitant d'ailleurs parfois l'admiration de l'entourage).
- le patient peut aussi choisir des stratégies émotionnelles plus ou

#### 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 :	Anaud MOCOCHAIN (Paris)
■ Trésorier :	Anne sophie Roussel (Hôpital saint louis, Paris)
■ Trésorier adjoint :	Christine DELCROIX (Paris)
■ Président d'honneur :	Paul VALENSI (Hôpital J. Verdier, Bondy) Fabienne Elgrably (Hôpital Hotel Dieu, Paris)
■ Responsable du Journal Diabète Éducation :	Guillaume CHARPENTIER (Hôpital Gilles de Corbeil - Corbeil Essonnes)
■ Responsable des Groupe Régionaux :	Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud Rennes)
■ Responsable de la Formation des formateur :	Judith CHWALLOW (Hôtel-Dieu, Paris)



## SOMMAIRE

- **Éditorial :**  
**Qualite de vie et maladie chronique**  
( Pr. A. Grimaldi) 1
- **Des médicaments et des hommes** 3  
*Intervention au Congrès du DELF - Février 2006*  
(Sylvie Fainzang)
- **Alimentation, culture et religion** 4  
(Isabelle Lévy)
- **Quand le diabète n'est pas une maladie unique !** 8  
(H. Mosnier-Pudar)
- **Éducation des patients diabétiques nord-africains à Marseille: quels obstacles ?** 10  
(Frédéric Dadoun, Mohamed Merzouk, Yamina Altouares, Danielle Astié-Amedeol., Gilles Boëtsch, Olivier Dutour et Anne Dutour-Meyer)
- **Adaptation aux patients diabétiques de langue et de culture arabes d'un programme d'éducation thérapeutique en groupe et en hospitalisation** 15  
(S. Lemozy-Cadroy, O. Tazi, F. Ayat, A.M. Volatier, F. Lorenzini, H. Hanaire-Broutin)
- **Résumés de Congrès - DELF** 17

PUB -LILLY

### Édito (suite)

moins irrationnelles lui permettant d'atténuer l'angoisse. Parfois même, la visite habituelle chez le médecin ou les hospitalisations répétées n'ont qu'une simple fonction de réassurance. Le malade n'observe aucune des prescriptions ou conseils, mais il vient rituellement en consultation ou " fait son hôpital de jour ou sa cure annuelle " un peu comme on va à Lourdes !

- enfin, les personnes en résolution de problèmes défendront leur homéostasie thymique en cherchant à maîtriser la situation. Encore faut-il qu'on leur en donne les moyens.

De son côté le soignant, au lieu de chercher à intégrer l'objectif de soins aux objectifs de vie du patient, risque de gérer sa propre angoisse. Ne supportant pas l'angoisse du patient et conditionné par sa fonction de bienveillance, il peut céder à la banalisation. A l'inverse, submergé par l'angoisse du risque des complications, il peut recourir à la dramatisation certes pour le bien du malade, mais aussi pour se déculpabiliser lui-même (" moi en tout cas je vous aurais prévenu ! ").

Toute la difficulté consiste à " utiliser " la force vitale de l'angoisse du patient pour lui permettre de la transformer en motivation pour se soigner. Le soignant joue donc avec le feu : d'un côté, il souffle sur les braises de l'angoisse en proposant l'auto-surveillance glycémique, en commentant les résultats d'HbA1c, en faisant réaliser les examens de dépistage des complications ... et de l'autre il cherche à l'éteindre, en permettant au malade de bénéficier du plaisir de la réassurance grâce à une auto-activité efficace.

Le choix de vie du patient diabétique ne peut pas se limiter à l'alternative : avoir une bonne HbA1c au prix d'une vie recroquevillée sur la maladie, ou avoir une vie épanouie mais au prix d'un mauvais contrôle glycémique. Il faut aider le patient à trouver lui-même son point d'équilibre. En tout cas, les soignants doivent cesser de faire comme s'il n'y avait pas de problème entre être diabétique et avoir du diabète. Ils doivent cesser de croire que ce qui est bon pour eux est forcément bon pour leurs patients.

**Pr. A. Grimaldi**

## Des médicaments et des hommes

*Intervention au Congrès du  
DELF - Février 2006*

L'intérêt que manifestent aujourd'hui les professions de santé pour les populations migrantes tient à la nécessité de prendre en considération la diversité sociale et culturelle des patients pour comprendre leurs comportements de santé. En effet, les patients sont en partie construits par leur appartenance sociale

et culturelle, de sorte que leurs conduites quotidiennes à l'égard de leur santé, de leur corps, et de leurs médicaments sont influencées par cette appartenance, qui implique des modes d'appréhension du monde et des systèmes de représentations hétérogènes.

L'objet de cette intervention est de montrer que, parallèlement aux comportements de santé que l'on retrouve de manière quasi universelle chez les individus, certains sont partiellement liés à cette dimension culturelle. On en trouve des exemples à la fois dans les populations migrantes d'origine africaine par exemple, mais aussi à l'intérieur même de la population française, dont les appartenances culturelles pourraient ne pas sembler, a priori, induire de différences dans le champ de la santé.

En premier lieu, il convient de noter le lien étroit existant entre les comportements de santé et l'interprétation que les malades ont de leur maladie, en vertu duquel certains traitements ne sont pas

suivis si le diagnostic médical qui leur est lié ne paraît pas cohérent aux malades, parce qu'il n'est pas conforme à la signification qu'ils attribuent au mal.

Ceci pose bien sûr la question de l'observance, celle des médicaments et des traitements en général. Cependant, l'observance doit être envisagée de manière large. Si l'on veut comprendre les comportements de santé, on doit admettre qu'une conduite peut être non-observante du point de vue des médecins, mais observante du point de vue des malades, dans la mesure où elle est adoptée pour résoudre le problème identifié par le médecin. De même, une conduite jugée irrationnelle par les médecins peut répondre à une logique (thérapeutique ou sociale) chez les patients, et cela d'autant plus que les comportements face à la maladie reposent sur des choix qui ne sont pas nécessairement ni prioritairement guidés par des enjeux de santé.

S'agissant de l'usage des médicaments, on note qu'il repose en grande partie sur des représentations du corps d'une part, et des liens entre les substances que sont les produits pharmaceutiques et les effets qui leur sont attribués. Parmi les populations originaires d'Afrique noire comme parmi les populations d'origine occidentale, les médicaments sont diversement appréciés, convoités ou redoutés, selon l'image que les individus en ont. Génériques, antibiotiques, psychotropes, antalgiques, etc. font l'objet de perceptions tantôt communes, tantôt distinctes, dont l'analyse permet de mettre en lumière les

mécanismes sociaux du rapport de l'homme aux médicaments. Les conduites des patients à leur égard, leurs usages ou leurs mésusages, l'observance, l'automédication, le recours aux médecines parallèles, la gestion de la douleur, etc., sont autant de domaines à investiguer pour les sciences sociales, et tout particulièrement par l'anthropologie, si l'on veut tenter de comprendre à la fois les logiques sociales et symboliques qui les sous-tendent, et les représentations sur lesquelles elles se fondent. Ces représentations ne sont toutefois pas données de toute éternité. Leur ancrage dans une culture n'en fait pas une donnée immuable. Elles sont en grande partie construites par un

contexte social et historique donné d'une part, et par les propos des soignants d'autre part, lesquels, à leur tour, sont façonnés à la fois par le discours médical ambiant et par leur propre appartenance culturelle. C'est la rencontre entre ces divers univers de pensée qui produit le paysage contemporain du rapport des hommes à leur santé et à leurs médicaments.

**Sylvie Fainzang**

*Directeur de recherche à*

*l'Inserm (Cermes)*

*sylvie.fainzang@wanadoo.fr*

## Alimentation, culture et religion

Nombreuses personnes ignorent les origines<sup>1</sup> des coutumes alimentaires, qu'elles soient sacrées ou profanes. Ainsi, selon la tradition judéo-chrétienne, la chair habillant l'âme est un dérivé immédiat de l'alimentation. Conformément au commandement *Tu veilleras sur ton âme*, l'Homme veille sur la santé de son corps afin de rendre son âme plus réceptive aux messages divins. Pour

avoir un corps et un esprit sains – et saints – il lui faut observer strictement des interdits alimentaires, variables selon les religions.

En institution, l'importance accordée aux habitudes alimentaires ne doit pas être sous-estimée. Leur respect participera de façon surprenante à la guérison ou au mieux-être du patient, comme le groupe familial exprimant sa solidarité envers lui en apportant

des mets traditionnels, parfois aux vertus prophylactiques.

### INTERDITS ALIMENTAIRES EN INSTITUTION

Conformément au *Mémoire des religieuses de l'Hôtel-Dieu de Paris* en 1787 qui préconisait (...) à la cheftaine de faire le tour après le service, pour répondre aux griefs des malades qui ne peuvent pas manger de viande, leur donnant œufs, pruneaux, fruits et ce que les malades pourront désirer, les personnels chercheront à satisfaire les désirs gastronomiques au plus près des patients... du moins, autant se faire ce peut : *Il est absolument indispensable que les religieuses veuillent bien s'en rapporter à ce que les médecins prescrivent par rapport au régime. Rien n'est plus ordinaire que les médecins soient obligés de faire retirer des demi pains qui ont été distribués à des malades le jour même qu'ils doivent être saignés du pied (...). Il arrive journellement que des purgatifs ordonnés ne peuvent être administrés (...) parce que dès le grand matin, on a donné une soupe très forte et très épaisse à ces malades. Ce sont des abus très essentiels à réformer<sup>2</sup>.*

De nos jours, les règlements intérieurs des institutions interdisent l'apport de denrées alimentaires et de boissons (même non alcoolisées) dans leur enceinte, ceci afin qu'aucune règle d'hygiène ne soit enfreinte ni par les personnels, les visiteurs ou les malades. L'usage constate le plus souvent le contraire.

#### LE JUDAÏSME

Les interdits alimentaires du judaïsme sont très nombreux. En voici les principaux :

- Ni mammifères non ruminants et n'ayant pas le sabot fendu (ni porc, ni cheval...)
- Ni lapin, ni gibier, ni oiseaux

prédateurs ou carnassiers, ni reptiles ;

- Ni viandes non abattues et préparées selon les préceptes de la loi rabbinique (viande non cachère) ;
- Ni œuf présentant la moindre tache de sang ;
- Ni crustacés, ni fruits de mer, ni coquillages (moule, huître, homard, langouste...)
- Ni poissons sans nageoires ou sans écailles (espadon, saumonette, raie, anguille...);
- Ni aliment fabriqué à partir de graisse animale, de sang ou d'insecte (boudin, margarine...)
- Ni vin non contrôlé par l'autorité rabbinique (vin non casher).

Jamais de laitages (crème fraîche, yaourt, fromage...) ne seront jamais servis au cours d'un repas carné (même en présence de charcuterie uniquement).

S'y ajoutent nombreux interdits supplémentaires pendant les huit jours de la Pâque juive (avril/mai selon les années), variant selon les traditions familiales. Un seul subsiste, d'origine sacré, pour tous : le pain levé (remplacé par du pain azyme).

De plus, toute vaisselle ayant contenu un aliment considéré impur le devient à son tour et ne peut plus être réutilisée.

Après la lecture de ces quelques lignes, on peut conclure aisément que les repas préparés par l'institution laïque répondront rarement (pour ne pas écrire « jamais ») à l'ensemble des critères énoncés dans l'Ancien Testament. Aussi, après accord du médecin et de la diététicienne, il est conseillé de proposer au patient juif pratiquant :

- Des plats cuisinés *kacher*. Ils sont disponibles dans la majorité des cuisines des collectivités. Ils sont à réchauffer au bain-marie. Il faut les

présenter au patient dans leur barquette en aluminium d'origine sans jamais les transvider dans une autre vaisselle. En entrée et en dessert, des légumes et des fruits ni préparés, ni assaisonnés, sont recommandés.

- Des repas préparés à l'extérieur par les proches. Chacun d'eux sera présenté dans une boîte hermétique prévue pour supporter la température du réfrigérateur autant que celle du micro-ondes où les aliments seront réchauffés (ou assiette entièrement revêtue d'un film transparent). Ne jamais utiliser d'autres ustensiles (par exemple, une casserole appartenant au service), le repas serait refusé par le patient. Bien entendu, la famille devra apporter un repas complet (entrée, plat principal et dessert). La boîte sera déposée « telle que » sur le plateau de service.

Certains, par leur application extrême des préceptes, refuseront que leurs repas soient entreposés dans le réfrigérateur et réchauffés dans le micro-ondes du service. Dans ces conditions, le personnel veillera à ce que la famille livre les repas à bonne température trois fois par jour aux heures dites. Pour décharger leurs proches, des patients se font livrer des repas préparés par des traiteurs *cashers*.

Le patient disposera de sa propre vaisselle (verre, couverts, assiette), une pour les repas carnés, l'autre pour les repas lactés. Elle sera entretenue par lui ou ses proches avec les produits de son choix (nombreux détergents<sup>3</sup> fabriqués à partir de graisses animales sont interdits).

Ne jamais utiliser à d'autres fins les deux éponges (une pour la vaisselle réservée aux repas carnés, l'autre aux repas lactés). A défaut, il lui sera procuré à chaque repas de la vaisselle à usage unique (assiette, couverts, verre, serviette).

### LE CHRISTIANISME

Les principaux interdits alimentaires suivi par le christianisme sont peu nombreux, conformément au conseil de Jésus : *Ce n'est pas que ce qui entre dans la bouche qui rend l'homme impur, mais ce qui sort de la bouche, voilà ce qui rend l'homme impur (Evangile de Saint Matthieu, 15, 10-11)*. Les voici exposés brièvement :

Pas de viande et de nourritures grasses les vendredis ordinaires (catholiques).

Jeûnes non stricts Mercredi des Cendres et Vendredi Saint (catholiques et orthodoxes).

Abstinence de consommation de viande et de nourriture grasse les vendredis des quatre semaines de l'Avent et les vendredis du Carême (catholiques) ; tous les mercredis et vendredis de l'année sauf la semaine après la Nativité (Noël), la semaine du *Publicain* et du *Phariséen* (4<sup>ème</sup> semaine avant le début du Grand Carême de Pâques), la semaine du Carnaval ou de la *Tyrophagie* (dernière semaine avant le Grand Carême), la semaine Pascale et pendant la semaine de la Pentecôte sans compter les périodes de Carême au fil de l'année (orthodoxes).

Pas de viande non saignées en première intention pour les Eglises grecque, chaldéenne<sup>4</sup>, éthiopienne, adventiste, Témoins de Jéhovah...

La consommation de viande et de nourriture grasse sera aisément remplacée par d'autres nutriments pour couvrir les besoins protidiques (œufs, poissons, laitages) des patients catholiques et orthodoxes.

Rappelons qu'aucun interdit alimentaire n'est à mentionner pour les protestants.

### L'ISLAM

Les interdits alimentaires islamiques rencontrés dans l'enceinte institutionnelle sont la viande de porc, la viande non *halal*, tout produit composé à partir de graisses animales ou de gélatine. On notera que certains musulmans s'abstiennent de manger poisson et laitage au cours d'un même repas.

Le respect de ces interdits dans le milieu institutionnel sera aisé, considérée les différents choix proposés dans les menus, certains mentionnés « sans porc ».

A ceux qui refuseront de manger de la viande d'animaux herbivores non abattus de manière conforme à la tradition (*halal*), on proposera du poisson, des œufs ou des laitages. Rappelons que les musulmans aiment boire du lait (particulièrement, du lait fermenté) et manger des laitages. Inutile de les priver de cette source de protéines animales et de calcium pendant leur temps d'hospitalisation (sauf si contre-indication médicale).

### L'HINDOUISME

Les habitudes alimentaires de l'hindouisme sont les suivantes :

- Les aliments cuits à l'huile et dans le lait seront préférés à ceux préparés dans l'eau.
- Tous les hindous ne sont pas végétariens. Ceux qui le sont s'abstiennent de manger de la viande, du poisson et des œufs sous quelque forme que ce soit.
- Les hindous se nourrissant de viande recherchent des viandes égorgées en première intention (viande *cachère* ou *halal*). Ils refusent le plus souvent de manger de la viande de bœuf (animal sacré) et de porc (animal impur).
- Tous les hindous aiment se nourrir de lait et de laitages, de riz et de lentilles, de fruits et de légumes

(crus de préférence) sauf l'ail, l'oignon, le poireau, les champignons et tous ceux cultivés au milieu de matières impures (endives...).

Considérée la multiplicité des modes alimentaires de l'hindouisme, le personnel s'enquerra auprès du patient des données à observer pour la composition de ses menus.

Pour les hindous, manger est une affaire si délicate qu'ils préfèrent s'exécuter dans l'isolement, à l'abri des regards. Banquets et repas communautaires n'appartiennent pas à la tradition hindoue.

C'est pourquoi ils éviteront de se restaurer dans les salles à manger institutionnelles, restaurants...

### LE BOUDDHISME

- Tous les bouddhistes ne sont pas végétariens (ni viande, ni poisson). Certains le sont les quatre jours sacrés de chaque mois : les jours de la lune noire, de la pleine lune, du huitième de la lune ascendante et descendante.
- D'autres seront végétaliens (ni viande, ni poisson, ni œuf, ni produits laitiers).

Considérée la multiplicité des modes alimentaires possibles dans le bouddhisme, le personnel s'enquerra auprès du patient des données à observer pour la composition de ses menus.

Le respect des interdits alimentaires de l'hindouisme et du bouddhisme dans le milieu institutionnel sera aisé, considérés les différents choix proposés dans les menus.

Afin de prévenir toutes carences en fer, protéine, calcium, magnésium, vitamine..., on n'hésitera pas à faire appel à un diététicien pour équilibrer les repas des patients végétariens ou respectant de nombreux interdits.

Bien entendu, les proches pourront

apporter aux patients des repas traditionnels. Chacun d'eux sera présenté dans une boîte hermétique prévue pour supporter la température du réfrigérateur autant que celle du micro-ondes où les aliments seront réchauffés.

Ne jamais utiliser d'autres ustensiles (par exemple, une casserole appartenant au service), le repas serait refusé par le patient. La famille apportera le plat principal mais aussi l'entrée et le dessert.

Quelle que soit l'option retenue par le patient ou sa famille, le forfait journalier restera dû à l'établissement dans sa totalité.

### CONDUITE À TENIR FACE AU JEÛNE SPIRITUEL EN INSTITUTION

Au temps d'Hippocrate, la diète accompagnait le traitement de toute pathologie ; elle facilitait le désencombrement du corps tout en permettant de ne pas alimenter le mal. Ces principes ont été redécouverts au XVI<sup>e</sup> siècle et se diffusent les décennies suivantes auprès des classes sociales supérieures, les classes populaires continuant à croire aux vertus protectrices et thérapeutiques d'une alimentation abondante.

Parallèlement au régime dicté par les sciences, toutes les obédiences (ou presque) ont dicté des temps de jeûne (ni nourriture, ni de boisson pendant un temps donné allant de 12 heures à 25 heures environ) ou de restriction alimentaire (absence de nourritures grasses, de viande, d'excès de gourmandises...) pour la purification de l'âme et du corps et / ou faire pénitence. La culture populaire n'a retenu le plus souvent que le Carême (catholicisme), le Ramadan (islam) ou le Grand Pardon (judaïsme) alors que nombreux s'égrènent au fil des calendriers liturgiques !

Trop souvent, on oublie qu'aucune croyance ne réclame qu'un fidèle mette sa vie en danger par le suivi d'un jeûne... même s'il existe différentes interprétations (par exemple, administration de médicaments avec accord d'un représentant du culte). Aussi, il n'est pas utile de rappeler quelques mesures essentielles :

- Le jeûne ayant des conséquences sur de nombreux paramètres biologiques, aucune décision médicale sera prise sur un bilan sanguin ou urinaire effectué lors de celui-ci.
- Le suivi d'un jeûne spirituel sera découragé par les personnels médicaux pour les femmes enceintes ou allaitant, les diabétiques insulino-dépendants, les ulcéreux en cours de traitement ou récemment cicatrisés, les épileptiques, les psychotiques, les malades souffrant d'une affection aiguë et les vieillards.
- Les patients recevant un traitement indispensable à la vie et nécessitant plus de deux prises quotidiennes devraient être incités à ne pas jeûner.
- Quant au jeûne limité des enfants n'ayant pas atteint l'âge de la puberté, s'il est autorisé par les médecins, il sera suivi d'une surveillance maximale.
- Si nécessaire, le personnel médical n'hésitera pas à faire appel à une autorité religieuse pour mieux faire entendre les voix de la raison à leurs patients.

Seuls les patients musulmans pourront reporter à une date ultérieure les jours de jeûnes non effectués ou nourrir un pauvre par jour de jeûne en remplacement de leur indisposition. Cette particularité ne se retrouve dans aucune autre religion.

**Isabelle Lévy**

*Ecrivain, conférencière et formatrice en milieu hospitalier et en institution, Isabelle Lévy intervient autour des rites, des cultures et des religions auprès de publics œcuméniques, de personnels des hôpitaux, d'instituts de formation en soins infirmiers... et dans divers colloques réunissant des professionnels de santé et le grand public.*

Elle est l'auteur de nombreux guides de référence rédigés à l'attention des personnels de santé et des acteurs sociaux sur la prise en charge des malades à l'hôpital, tenant compte à la fois de l'aspect strictement médical et des pratiques religieuses et culturelles :

- **La religion à l'hôpital** – Ed. Les Presses de la Renaissance (2004)
- **Pour comprendre les pratiques religieuses des juifs, des chrétiens et des musulmans** – Ed. Les Presses de la Renaissance (2003)
- **Croyances & Laïcité. Guide pratique des cultures et des religions. Leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hosp-italières** – Editions Estem (2002)
- **Soins & Croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux** – Editions ESTEM (1999)

- 1 Pour en connaître le détail, se référer aux ouvrages référencés de l'auteur.
- 2 Mémoire présenté par les médecins de l'Hôtel-Dieu à l'Administration de ce même hôpital en 1756.
- 3 De même, pour les produits d'hygiène et de beauté. Ne jamais en utiliser d'autres que ceux autorisés par le patient ou sa famille (même si de la même marque).
- 4 Rite pratiqué par les Églises orientales nestoriennes ou ralliées à Rome.

## Quand le diabète n'est pas une maladie unique !

La présence de plus d'une maladies chroniques chez une même personne devient une situation de plus en plus souvent rencontrée. On parle alors de co-morbidité ou multimorbidité.

L'association spécifique de différentes maladies ou la survenue de maladies supplémentaires autour d'une maladie index est nommée co-morbidité. Le terme de multimorbidité est réservé à l'existence concomitante de plusieurs pathologies indépendantes. Le diabète de type 2 (DT2) associé à une hypertension artérielle, une dyslipidémie, situation extrêmement fréquente, répond à la définition de co-morbidité. L'existence simultanée d'un diabète et d'un cancer à celui de multimorbidité.

Les études épidémiologiques, principalement anglosaxones, montrent que la survenue de co-morbidité augmente avec l'âge, elle concerne 10 % de 0 – 19 ans, et passe à plus de 70 % chez ceux de plus de 80 ans (1). Il est estimé que plus de 40 % des sujets atteints d'une maladie chronique en présentent une deuxième, et que les personnes de plus de 60 ans ont, en moyenne, 2,2 pathologies

chroniques à leur actif (2). Il a aussi été montré que la présence de co-morbidité s'accompagne d'un handicap plus important, d'une diminution de la qualité de vie, d'une augmentation de l'utilisation du système de soins et de la mortalité (3). A son tour, le degré de handicap physique et social a un impact important sur la famille et les amis : les soins peuvent mobiliser beaucoup de temps et d'énergie physique et émotionnelle, parfois des modifications comportementales importantes sont nécessaires, comme pour le DT2.

Les traitements sont souvent complexes, et nécessitent, pour les soignants, des connaissances et des compétences particulières, ainsi qu'une attention renforcée.

On sait aujourd'hui que l'efficacité de la prise en charge des maladies chroniques est fortement dépendante dans l'implication du patient dans la gestion de son traitement, on peut dire autogestion de son traitement. Il semble logique d'imaginer que les besoins d'une personne atteinte de plusieurs pathologies chroniques sont différents de ceux lorsqu'il y a une maladie unique. Or la majorité, pour ne pas dire la totalité, des program-

mes visant à autonomiser le patient ne s'intéresse qu'à une pathologie, et ne tiennent en général pas compte de l'existence des co-morbidités. Dans le diabète de type 2, l'investissement du patient dans la gestion de son traitement souvent complexe et demandant de profondes modifications comportementales, la survenue de pathologies associées pouvant interférer avec ce traitement ou la capacité de patient à se prendre en charge n'est qu'exceptionnellement prise en compte. Pour pouvoir développer des modèles multidimensionnels d'éducation, la première étape consiste à déterminer les besoins et les obstacles rencontrés à la prise en charge de pathologies chroniques multiples chez un seul individu.

Les patients atteints de co-morbidités peuvent souvent rencontrer des obstacles à l'autogestion de ses maladies du fait de besoins multiples et divergents, voir contradictoires résultant de ces différentes conditions (3) :

- Modification comportementale nécessaire pour le contrôle d'une pathologie rendue impossible par la présence d'une autre pathologie. Par exemple activité physique nécessaire au diabétique entravée par la dyspnée secondaire à une broncho-pneumopathie chronique obstructive.
- Interférences de différents traitements, avec effet néfaste du traitement d'une pathologie sur une autre, comme on peut le voir dans le diabète lorsque une corticothérapie est débutée ;
- Les patients rapportent souvent



une pathologie dominante si prenante, qu'elle empêche toute implication dans la gestion des autres maladies.

Une étude récente montre que la présence de douleur chronique, condition souvent rencontrée dans le DT2, et l'intensité de cette douleur sont associés à une moins bonne autogestion générale de sa maladie diabétique par le patient. En plus de cet impact global, les patients relatent une grande difficulté à mettre en place certains aspects du traitement, comme, par exemple, la pratique régulière d'une activité physique (4). Les données de cette étude suggèrent aussi, que le traitement efficace de la douleur permet au patient de s'impliquer plus activement dans le traitement du diabète, et s'accompagnent d'une amélioration de l'équilibre métabolique.

Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte, chez des patients avec des co-morbidités, la compétition qui s'installe entre les différents besoins du patient et de bien comprendre la hiérarchisation que le patient fait. La médecine préventive a développé un modèle, appelé modèle des besoins compétitifs, qui peut s'appliquer à ces situations (5,6). Ce modèle décrit comment différents facteurs, déterminés par le patient, le soignant et l'environnement, rentrent en compétition et influencent la délivrance du soin. Ainsi de façon implicite patient et soignant hiérarchise les besoins et décident des demandes qui seront abordées lors de leur rencontre et de celles qui seront discutées, si jamais elles le sont, ultérieurement.

La sévérité perçue par les patients des problèmes physiques rencontrés, comme la douleur prise en exemple plus haut, et la charge émotionnelle qui en découle détermine les problèmes qui seront traités en priorité. Une meilleure compréhension des facteurs déterminant comment patient et soignant hiérarchisent leurs besoins est nécessaire pour pouvoir développer des approches multidirectionnelles.

Des interventions efficaces devront mieux comprendre comment les patients et les soignants décident de traiter telle pathologie plutôt qu'une autre, comment les préférences du patient sont appréhendées et négociées, comment les priorités sont définies lors du temps de soin, la consultation par exemple, et comment est faite la programmation pour aborder les autres besoins du patient au cours du temps, voir pourquoi certains de ces besoins sont complètement occultés.

Il devient donc nécessaire d'aller au-delà des programmes « mono-maladie », pour développer des modèles pour les pathologies chroniques en général permettant de prendre en compte toutes les co-morbidités que le patient peut présenter, avec les besoins et les obstacles à l'autogestion des pathologies chroniques qui en résultent.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JBF et al. Multimorbidity in general practice : prevalence, incidence,

and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998,51 :367-75.

2. Hofmann C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA* 1996,276 :1473-79.

3. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH et al. Description of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med* 2003,1 :15-21.

4. Krein SL, Heisler M, Piette JD et al. The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. *Diabetes Care* 2005,28 :65-70.

5. Jaen C, Stange K, Nutting P. Competing demands of primary care : a model for the delivery of clinical preventive services. *J Fam Pract* 1994,38 :166-71.

6. Nutting PA, Rost K, Smith J et al. Competing demands from physical problems : effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Arch Fam Med* 2000,9 :1059-64.

**H. Mosnier-Pudar**  
*Hôpital Cochin – Paris*

# Éducation des patients diabétiques nord-africains à Marseille: quels obstacles ?

Les immigrés vivant dans les pays développés constituent des populations particulièrement sensibles pour le diabétologue. Sensibles d'un point de vue quantitatif, en raison de la prévalence très élevée du diabète, encore plus même que dans les pays en voie de développement dont ces populations sont issues, où le diabète revêt déjà un caractère quasi épidémique.(1). Sensibles pour le soignant face à son patient, quand il s'agit d'évaluer l'efficacité de la prise en charge du diabète, dont les résultats sont bien médiocres (14) pour des pays d'accueil où les critères d'exigence sont ceux enseignés par les études du DCCT et de l'UKPDS.

En raison de sa situation géographique, le service d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition du CHU Nord de Marseille est particulièrement confronté à la réalité d'une prise en charge thérapeutique aux résultats décevants chez les diabétiques d'origine nord-africaine qui représentent 15 à 20 % de son recrutement.

Comme la littérature le rapporte dans des populations comparables(1-3), nous avons observé à l'occasion d'une enquête préalable réalisée dans le service que chez ces patients, et plus particulièrement chez les primo-migrants, le retard au diagnostic est important, que l'équilibre métabolique est médiocre, que les complications métaboliques aiguës sont plus souvent sévères et responsables d'hospitalisations itératives, et que les complications dégénératives sont plus fréquentes, particulièrement sévères, et encore souvent révélatrices de la maladie(4-6). Enfin, le

recours quotidien aux infirmières à domicile est fréquent, l'ensemble de ces facteurs étant responsable d'un coût socio-économique particulièrement élevé. Ces mauvais résultats sont clairement corrélés à un niveau de connaissance très bas sur la maladie, ses complications, son traitement- en particulier les règles hygiéno-diététiques, et sa surveillance - notamment la surveillance glycémique et le dépistage des complications.

Ce constat assez dramatique nous a conduit à tenter de mettre au point un programme de prise en charge et d'éducation destiné spécifiquement à cette population de diabétiques d'origine nord-africaine vivant à Marseille, les primo migrants constituant la cible préférentielle.

## NOTRE OBJECTIF ÉTAIT DOUBLE

- Tout d'abord, d'identifier les obstacles au processus d'éducation, et d'une façon plus large à la prise en charge de ces patients;
- Et dans un second temps, de concevoir une méthode pédagogique prenant en compte la spécificité des patients, en utilisant une approche du patient et des outils éducatifs qui permettent de limiter la portée des obstacles identifiés.

Notre travail a comporté deux phases successives correspondant à ce double objectif. Nous avons adopté une approche multidisciplinaire impliquant d'une part l'équipe médicale et paramédicale du service, et d'autre part des anthropologues et ethnologues du laboratoire d'anthropologie de la faculté de médecine de

Marseille. Nous avons également bénéficié de l'aide du département de pédagogie de l'université. Le recours à des intervenants d'origine nord-africaine a également été largement privilégié.

**La première phase d'identification des obstacles** à la transmission des messages éducatifs a été l'objet d'une attention toute particulière. En effet, l'enquête préalable réalisée dans le service avait clairement mis en évidence la relation entre d'une part les mauvais résultats métaboliques et la mauvaise compliance au suivi, et d'autre part un niveau de connaissance très faible sur la maladie malgré une durée d'évolution fréquemment supérieure à 10 années. Cet article porte essentiellement sur cette première phase du travail. La méthode éducative que nous avons développée en réponse aux obstacles identifiés sera évoquée plus brièvement.

Les obstacles à la transmission des messages éducatifs mis en avant dans la littérature sont de deux ordres:

- **Certains sont liés aux particularités du diabète (7-9).** Ils résultent de l'évolution chronique et insidieuse de la maladie, de son retentissement important tant au plan personnel, que familial et social, et enfin de la nécessité d'une participation active du patient à son traitement et à son suivi, conditionnée par l'acquisition de connaissances sur la maladie et par l'adhésion au projet thérapeutique. Ces aspects, qui ne sont pas propres à la population étudiée, peuvent cependant revêtir une valeur particulière dans un contexte culturel ou religieux spécifique(2,5,10). C'est dans ce sens qu'ils ont été abordés dans ce travail.
- **D'autres sont plus spécifiques des populations immigrées.** A notre connaissance très peu de travaux ont été consacrés à ces aspects, qui peuvent pourtant avoir une influence majeure sur la transmission des messages éducatifs, mais aussi sur la mise en pratique des conseils thérapeutiques prodigués (1-4-10).

Ces obstacles spécifiques peuvent être flagrants: linguistiques, éducatifs liés au niveau scolaire et au niveau de connaissances générales, ou socio-économiques qui conduisent à un moindre accès ou recours aux soins, mais aussi à des

difficultés à observer le traitement et le suivi thérapeutique.

D'autres obstacles, moins directement palpables, sont d'ordre culturel et religieux. Ils ne doivent pas être sous-estimés, en raison de l'influence majeure de la culture et de la religion sur le mode de vie qui doit souvent être modifié en raison de la maladie, mais aussi en raison de la représentation subjective de la santé et de la maladie qui joue un rôle déterminant dans l'adhésion au projet thérapeutique.

En effet, les actes médicaux, ou les conseils en matière de mode de vie vont bien au-delà de leur finalité thérapeutique. Ils mettent en jeu des pratiques qui possèdent souvent une valeur symbolique et mobilisent de ce fait des significations qui échappent à la logique médicale. Il nous a donc paru particulièrement important de mieux approcher ces aspects culturels et religieux.

Cette phase d'évaluation a été menée à l'aide d'entretiens ouverts suivis de questionnaires semi-directifs, menés par un médecin endocrinologue, Yamina Altouares, et par un ethnologue du laboratoire d'anthropologie, Mohamed Merzouk, abordant le mode de vie des patients, leurs caractéristiques socio-économiques, leur niveau de scolarisation leurs pratiques religieuses ainsi que des éléments plus directement en rapport avec le diabète.

Nous avons abordé en particulier les connaissances des patients sur la maladie et son traitement, les habitudes alimentaires et l'influence de la maladie sur ces habitudes, et la représentation subjective de la maladie dans ses dimensions culturelle, religieuse et symbolique, à travers l'acceptation et le vécu de la maladie. Ces différents aspects ne pouvant être abordés simultanément, trois trames d'entretien/questionnaire de thématiques distinctes ont été conçues. Réalisés à l'occasion de séjours d'hospitalisation ou de consultations externes les entretiens ont été menés dans la langue des patients (arabe, berbère ou dialectes) dans des groupes de 30 à 50 patients primo-migrants des deux sexes, vivant en France depuis 15 à 33 ans et présentant un diabète connu depuis 3 à 10 ans.

Les obstacles identifiés dans notre population correspondent aux grandes catégories recensées dans la littérature.

### 1. OBSTACLE LINGUISTIQUE ET ÉDUCATIF

Un illettrisme est présent chez 75 % des patients qui ne lisent et n'écrivent ni le Français, ni l'arabe. 20% des patients ne lisent pas les chiffres. A l'illettrisme s'ajoute un grand isolement linguistique. Un nombre important de patients ne parlent, voire ne comprennent qu'un dialecte régional et ne peuvent donc communiquer facilement ni avec les membres de l'équipe soignante, même ceux d'origine nord-africaine, ni avec les autres patients. Lorsque les patients ont été scolarisés, le niveau scolaire dépasse rarement le niveau de l'école primaire.

Cet obstacle linguistique et éducatif, anxiogène et vécu comme dévalorisant par les patients, explique en grande partie leur réticence à consulter et joue probablement un rôle important dans le retard à la prise en charge, et l'adhésion au suivi proposé. La sensation d'isolement linguistique au sein de la structure hospitalière conduit également certains patients à abrégé leur séjour lorsqu'ils sont hospitalisés.

Par ailleurs, même lorsque l'obstacle linguistique peut être contourné, le niveau de connaissance très bas sur le diabète et d'une façon plus générale en matière de santé, explique au moins en partie les difficultés à verbaliser les symptômes et les difficultés et interrogations liées à la maladie ou à son traitement, que l'on observe de façon quasi constante chez les patients.

Ces difficultés d'expression se traduisent par une souffrance psychologique exprimée par de nombreux patients, souffrance qui s'apparente au refoulement de l'expression. En effet, faute d'interactions suffisantes avec l'équipe soignante, ils ne peuvent exprimer suffisamment leurs plaintes fonctionnelles ou leurs inquiétudes (des plus objectives aux plus subjectives) et ont souvent l'impression que leur mal-être n'est pas assez reconnu et pris en charge.

### 2. OBSTACLE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

La précarité financière est très répandue dans la population immigrée interrogée. Les revenus financiers sont en règle très faibles. Le niveau de qualification professionnelle est également très bas et de nombreux patients ne travaillent pas ou plus. Cette précarité, souvent perçue comme humiliante, est responsable d'un moindre recours aux soins - en particulier aux consultations médicales en dehors de

l'hôpital, que de nombreux patients pensent ne pas pouvoir payer. Une mauvaise connaissance du fonctionnement du système de santé français, fréquemment constatée, participe également au moindre recours aux soins.

La précarité et la mauvaise connaissance des droits sociaux interfèrent également au quotidien avec l'observance du traitement, que certains patients pensent ne pas pouvoir assumer financièrement. La précarité économique est aussi fréquemment invoquée par les patients pour expliquer les difficultés à observer les conseils diététiques.

### 3. FACTEURS DE RÉSISTANCE CULTURELS ET RELIGIEUX EN RAPPORT AVEC LA REPRÉSENTATION SUBJECTIVE DE LA MALADIE

La représentation subjective de la maladie influence considérablement l'attitude du patient face au projet thérapeutique(7-10). Ce vaste concept recouvre en particulier la perception par l'individu de sa maladie et des conséquences de cette maladie sur sa vie personnelle, familiale -t sociale, ou encore la façon dont la maladie s'inscrit dans l'expérience du patient. Très individuelle, la représentation subjective de la maladie est nécessairement conditionnée par le contexte culturel et religieux (3,4, 10). L'expérience de la maladie a été abordée dans une triple dimension: pathologique (dégradation biologique du corps atteint), sociale (altération du rapport du malade à autrui) et symbolique (quête du sens attribué à l'expérience de la maladie et de ses conséquences). Ainsi, nous avons pu identifier chez les diabétiques nord-africains interrogés certains éléments récurrents, qui confèrent à la maladie une forte valeur symbolique, en raison de sa représentation sociale, culturelle et/ou religieuse.

#### • Valeur symbolique du diabète: dimension sociale et culturelle

D'une façon quasi constante, le diabète revêt pour les patients nord-africains interrogés une grande importance dans leurs rapports sociaux. Les patients perçoivent fréquemment une relation très forte entre leur statut social de migrant et l'expérience du diabète.

Ainsi, *le diabète est perçu par de nombreux patients comme un facteur de dévalorisation et d'isolement social*, leur valeur sociale d'immigrant en France leur

paraissant intimement liée à l'aptitude à travailler, voire à effectuer des travaux manuels pénibles. En effet, chez les primo-migrants interrogés, le diabète a très fréquemment conduit à une inaptitude au travail et de nombreux patients vivent d'une pension d'invalidité, ont du prendre une retraite anticipée ou ont du être reclassés professionnellement. Cette crainte de la dévalorisation sociale conduit certains patients à ne pas mentionner leur diabète, parfois même aux soignants, voire à limiter leur recours aux soins de façon à cacher leur maladie dans leur environnement familial, professionnel et social. L'aptitude au travail manuel, gage de valeur sociale, conditionne aussi fortement le rapport du patient à son corps, qui se doit d'être fort et robuste et donc nourri avec une alimentation riche et consistante.

A cette valeur sociale dans le pays d'accueil, se superpose la perception de la réussite sociale et de la prospérité du migrant dans son pays d'origine, qui paraît nettement associée à une certain degré de corpulence. Ainsi, la perception par le patient de ce qui est idéal pour l'entretien d'un corps fort qui représente sa valeur sociale, entre manifestation en conflit avec les recommandations d'amai-grissement, et certains des conseils diététiques prodigués à des fins thérapeutiques.

Le diabète revêt chez certains patients une symbolique sociale encore bien plus forte. Lorsque le sujet de l'origine ou de la cause du diabète a été abordé au cours des entretiens, il est apparu que *l'expérience migratoire ou le statut d'immigré sont fréquemment perçus comme les facteurs déclenchant de la maladie*. Ce lien de causalité est le plus souvent élaboré à partir d'une relation temporelle entre l'apparition du diabète et des événements du vécu personnel l'ayant précédée, qui correspondent à une expérience négative liée à l'immigration. Ainsi, la souffrance en réponse à des difficultés d'intégration dans la société française, à une situation sociale difficile, ou encore à une discrimination ou à des propos racistes, est perçue par plusieurs patients comme le facteur déclenchant du diabète.

De nombreux patients ont également exprimé au cours des entretiens une culpabilité importante liée à l'expérience migratoire, vécue comme une rupture avec

les valeurs culturelles traditionnelles. Un lien entre l'apparition du diabète et ce sentiment de culpabilité a fréquemment été invoqué. Ainsi, plusieurs femmes expliquent la survenue du diabète par la souffrance causée par un sentiment d'échec dans l'éducation de leurs enfants, auxquels elles n'ont pas pu ou su transmettre leurs valeurs culturelles traditionnelles et qu'elles n'ont pas pu protéger des dangers du pays d'accueil, en particulier la toxicomanie ou la délinquance.

L'identification par les patients d'une certaine réalité épidémiologique (une prévalence du diabète moins grande dans leur environnement d'origine que dans leur tissu social en France, plus particulièrement chez les immigrés) vient encore renforcer la perception d'un lien de causalité entre immigration et apparition du diabète.

Ces éléments symboliques très forts en rapport avec la représentation subjective du diabète conduisent de nombreux patients à remettre en question la société d'accueil et ses valeurs culturelles, qui non seulement les dévalorise à cause de la maladie, mais a aussi une part de responsabilité dans l'apparition même de cette maladie. La structure hospitalière et la prise en charge du diabète sont perçues comme un prolongement de la société dont ils se sentent exclus. Chez la plupart des patients, il existe de ce fait une *ambivalence vis-à-vis de la prise en charge de la maladie proposée par la médecine occidentale, et parfois un rejet patent*. Cette ambivalence explique vraisemblablement en partie la faible adhésion au projet thérapeutique, et en particulier la mauvaise observance des conseils diététiques ou des traitements médicamenteux, et le caractère très aléatoire du suivi.

Fréquemment, les patients émettent des réserves très fortes vis-à-vis des recommandations diététiques prodiguées. L'alimentation des patients, qui reste très proche de l'alimentation traditionnelle Nord Africaine, revêt en effet une valeur symbolique très forte de marqueur de différence, voire de véritable rempart culturel. Produit d'un apprentissage culturel, elle constitue en effet un élément crucial de la forme de socialisation particulière que chaque groupe socioculturel met en œuvre. La formulation des conseils diététiques, qui ne prend pas

toujours suffisamment en considération les habitudes traditionnelles, entre donc fréquemment en conflit avec l'attachement très fort des patients à leur mode d'alimentation.

De même, la composition des repas servis à l'hôpital, qui constitue habituellement un support aux conseils diététiques comme illustration, voire comme démonstration par son impact favorable sur l'équilibre glycémique, est fréquemment perçue de façon négative par les patients maghrébins enquêtés. Dénuée de toute référence culturelle, en raison des ingrédients utilisés, des modes de cuisson ou des saveurs, la cuisine hospitalière renforce le sentiment d'isolement culturel des patients. Elle constitue même pour certains patients la concrétisation d'une volonté, de la part de l'équipe soignante, de les éloigner de leurs valeurs culturelles d'origine, sous couvert d'une nécessité médicale. L'approche diététique, vécue comme une atteinte à un fondement culturel, participe ainsi à la remise en question de la thérapeutique occidentale du diabète, qui s'oppose si manifestement à la perception par les patients d'une relation entre rupture culturelle et apparition du diabète.

De nombreux patients émettent également des doutes quant à l'efficacité des traitements, qui leur paraissent ne pas s'adresser à la cause profonde de la maladie. Ils les prennent de façon irrégulière ou les interrompent pour leur préférer les traitements proposés par la médecine traditionnelle de leur région d'origine, herbes ou tisanes. Ces traitements traditionnels les rapprochent de leurs traditions culturelles et sont perçus comme un meilleur moyen pour combattre la maladie et répondre à l'une de ses causes symboliques, la rupture culturelle. Le recours à ces traitements traditionnels, qui traduisent un savoir empirique puisé dans leur patrimoine culturel, leur permet d'inscrire la maladie dans le système de croyances et de valeurs qui leur est propre.

La référence à l'utilisation traditionnelle des plantes s'est avérée également très instructive en révélant qu'elle est souvent dictée par un *refus de la chronicité du diabète*. De nombreux patients, surtout ceux d'origine rurale qui ont souvent eu peu de contact avec une conception occidentale de la santé et de la médecine ne peuvent admettre l'absence de

perspective de guérison du diabète, qui sort du cadre plus familier de la maladie aiguë dont on guérit ou dont on meurt. Pour certains patients interrogés, le traitement occidental du diabète, symptomatique dans son principe, apparaît en désaccord avec la perception traditionnelle de remèdes qui guérissent en s'adressant à la cause du mal.

• **Valeur symbolique du diabète: dimension religieuse**

Au-delà de sa dimension sociale et culturelle, le diabète est fréquemment investi d'une véritable signification religieuse. Source de valeurs, la religion est aussi invoquée pour donner sens à la maladie. Elle participe à la construction symbolique du diabète selon deux modalités.

Pour certains des sujets interrogés, *le diabète qui les affecte tend à prendre une valeur expiatoire*. Le désordre biologique est vécu dans ce cas comme une figure du mal commis dans le passé, en particulier lors des premiers temps suivants l'installation en France - consommation d'alcool ou encore laxisme sexuel, et interprété comme une *sanction divine* de ces conduites sociales.

D'autres diabétiques d'âge plus avancé, prêtent à la maladie qui s'est emparée de leur corps une signification religieuse plus englobante. Parvenus à un stade de leur vie où la quête de sens gagne en acuité, la maladie acquiert un niveau supérieur de causalité et la religion est sollicitée comme ultime principe explicatif. *Le diabète est converti en épreuve que Dieu inflige pour éprouver la force de la foi*.

Cette symbolique religieuse a nécessairement un retentissement important sur la façon dont les patients appréhendent le traitement de leur diabète. Dans cette représentation symbolique, *le seul vrai thérapeute est Dieu: la guérison dépend de sa décision et non de la médecine tenue pour le simple instrument de sa volonté*.

Ainsi, pour de nombreux patients les pratiques religieuses acquièrent une dimension thérapeutique qui tend à renforcer leur souci de se conformer très strictement aux rites religieux. Passant outre les recommandations médicales et la dispense canonique accordée aux malades, une majorité de patients préfèrent observer scrupuleusement le jeûne du

ramadan, même lorsqu'ils connaissent les complications encourues.

Les interdits alimentaires ont également une grande importance, en particulier la proscription de la viande de porc. De là, la vigilance extrême dont certains patients disent s'armer avant d'absorber des aliments à l'hôpital, en particulier la viande. La suspicion vis-à-vis de la diététique hospitalière, porte certains patients à mettre en doute jusqu'à la finalité thérapeutique de cette alimentation, et par extension le bénéfice des recommandations diététiques qui leur sont faites. Certains émettent même la crainte que les conseils diététiques visent à les acculer au péché en leur imposant une nourriture impure, sous couvert de nécessité médicale.

Cette première phase d'évaluation a été riche en enseignements et nous a considérablement aidés pour adapter notre démarche éducative. Elle nous a conduit à *mettre au point une méthode pédagogique adaptée aux spécificités des patients nord africains*.

Cette méthode passe avant tout par un *abord individualisé des patients*, qui au-delà de traits culturels communs, présentent des caractéristiques très spécifiques. Cette approche très individuelle prend en considération:

- Les caractéristiques linguistiques. Le plus souvent possible, même lorsque le Français est compris, les messages éducatifs sont transmis dans la langue maternelle du patient. Pour cela nous avons volontiers recours à la famille, en particulier aux enfants, et parfois à d'autres patients capables de s'exprimer et ayant un niveau de compréhension suffisant dans les deux langues. Ces intermédiaires font alors office non seulement d'interprète, mais aussi de véritable « passerelle » permettant de réduire le hiatus culturel et la sensation d'isolement de patients.
- Le niveau éducatif qui conditionne le choix des messages à transmettre. Nous avons été amenés à définir un nombre limité de messages prioritaires, souvent en rapport avec la sécurité du patient, par exemple l'identification des signes fonctionnels d'hypoglycémie et les conduites à tenir pratiques simples qui en découlent. La forme de ces messages a été définie et volontairement simplifiée

dans son élaboration. Ces messages de sécurité sont abordés successivement, repris régulièrement au cours des séjours hospitaliers et l'acquisition des connaissances est évaluée de façon systématique et répétée à l'aide de grilles conçues spécifiquement. Les messages plus complexes ne sont abordés qu'une fois que les connaissances relevant de la sécurité sont acquises.

- Le contexte culturel et religieux. L'identification de certains des facteurs de résistance culturels et religieux a considérablement influencé l'approche des patients par l'équipe soignante. Les patients sont beaucoup plus systématiquement invités à exprimer leur représentation naïve de la maladie ainsi que les objections que peuvent susciter les propositions thérapeutiques. Ils sont aussi beaucoup plus largement interrogés sur des aspects très culturels de leur mode de vie. L'intérêt que les membres de l'équipe soignante manifeste pour les valeurs culturelles et religieuses des patients limite manifestement le risque de construire ou renforcer un antagonisme entre ces valeurs et les propositions thérapeutiques. Notre effort dans ce sens a porté en particulier sur les conseils diététiques. Les enquêtes alimentaires abordent de façon beaucoup plus complète les habitudes des patients (type de plats consommés, ingrédients utilisés, modes de préparation, composition des repas de fête...) de façon à pouvoir appuyer systématiquement les conseils sur l'alimentation traditionnelle. Ainsi par exemple, les menus adaptés au diabète qui sont expliqués aux patients comprennent désormais uniquement des plats et ingrédients que les patients ont l'habitude de consommer, et les modes de préparation suggérés s'inspirent le plus possible de la cuisine traditionnelle nord-africaine.

Nous avons également conçu des supports éducatifs spécifiques, afin de mieux répondre au niveau scolaire et éducatif des patients. En raison de la fréquence de l'illettrisme, les supports éducatifs sont exclusivement visuels, constitués d'images et parfois de chiffres, et ne comportent aucun texte. La traduction de documents existants dans la langue des patients nous a paru inadaptée au faible niveau scolaire et éducatif des patients qui savent lire et

écrire. La présence de phrases écrites, hême très simples, pour venir renforcer les images, ne nous a pas paru souhaitable.

En effet, il est apparu très clairement que l'incapacité à lire est vécue par les patients comme très dévalorisante et culpabilisante. L'absence de tout écrit permet un recours plus large à l'explication et aux échanges oraux, mieux adaptés au mode de communication spontané des patients des minorités culturelles (3,10). Ces supports visuels dépourvus de texte et volontairement très simples accordent une plus grande liberté aux membres de l'équipe soignante pour adapter à chaque patient les explications données oralement et permettent également de susciter plus facilement des commentaires, questions et interprétations de la part des patients.

Ces supports visuels ont été conçus pour répondre aux messages éducatifs prioritaires et de sécurité préalablement définis, en particulier: la définition de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie et les conduites à tenir qui s'y rapportent (Figure 1). Un carnet d'autosurveillance glycémique spécifique a également été conçu (Figure n°2). Les supports visuels « sécuritaires » ont été intégrés à ce carnet pour que les patients en disposent à leur domicile. D'autres documents sont disponibles pour

apporter des informations pratiques sur la réalisation d'une mesure de glycémie capillaire, la recherche de corps cétonique dans les urines ou la technique d'injection d'insuline. Des vignettes ont également été conçues pour illustrer l'éducation diététique, avec en particulier la représentation des grandes familles d'aliments ou de la taille des portions.

Ces vignettes représentent de façon préférentielle les aliments et ingrédients de la cuisine traditionnelle nord-africaine et servent de support pour aider les patients dans la composition de leurs repas.

L'impact objectif de ces enquêtes et de la méthode d'éducation qui en découle n'a pas encore pu être évaluée en terme d'évolution de l'équilibre métabolique ou de survenue de complications aiguës ou chroniques du diabète. Cependant, il apparaît dès à présent que les « scores » de connaissance à l'issue des séjours hospitaliers se sont nettement améliorés.

Cette expérience se traduit également par une raréfaction sensible des attitudes oppositionnelles ou jugées aherrantes manifestées par certains patients, et par une motivation plus grande de l'équipe soignante qui se sent beaucoup moins souvent en situation d'impossibilité ou d'échec.

Ces aspects très positifs reflètent sans doute l'amélioration de la communication entre soignants et patients. Particulièrement enrichissante pour l'équipe soignante, cette expérience souligne l'importance de la parole du patient dans ses multiples dimensions sociale, culturelle ou symbolique et nous rappelle que la logique médicale se doit de concilier la subjectivité de l'individu (7,9).

**Frédéric Dadoun<sup>1</sup>,  
Mohamed Merzouk<sup>2</sup>,  
Yamina Altouares <sup>1</sup>,  
Danielle Astié-Amedeol.<sup>1\*</sup>,  
Gilles Boëtsch<sup>2</sup>,  
Olivier Dutour<sup>2</sup> et  
Anne Dutour-Meyer**

<sup>1</sup> CHU Nord - Marseille -  
<sup>2</sup> Faculté de Médecine Secteur Timone -  
Marseille -

\* Au nom de l'ensemble de l'équipe paramédicale du Service d'Endocrinologie Maladies Métaboliques et Nutrition du Pr Charles Oliver - CHU Nord - Marseille

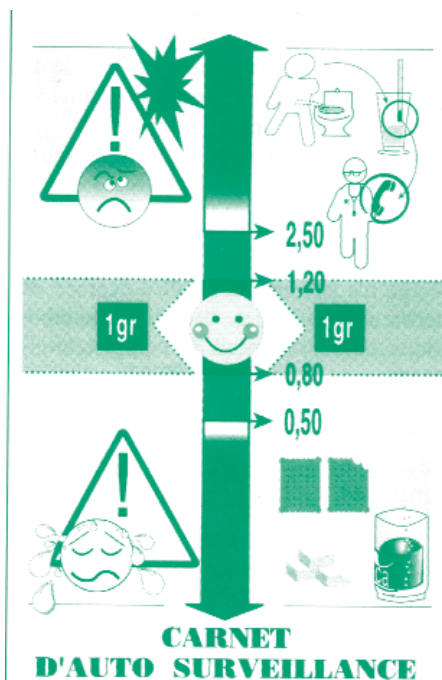


Figure 1 : Élaboration de matériel éducatif: Hypoglycémie/hyperglycémie

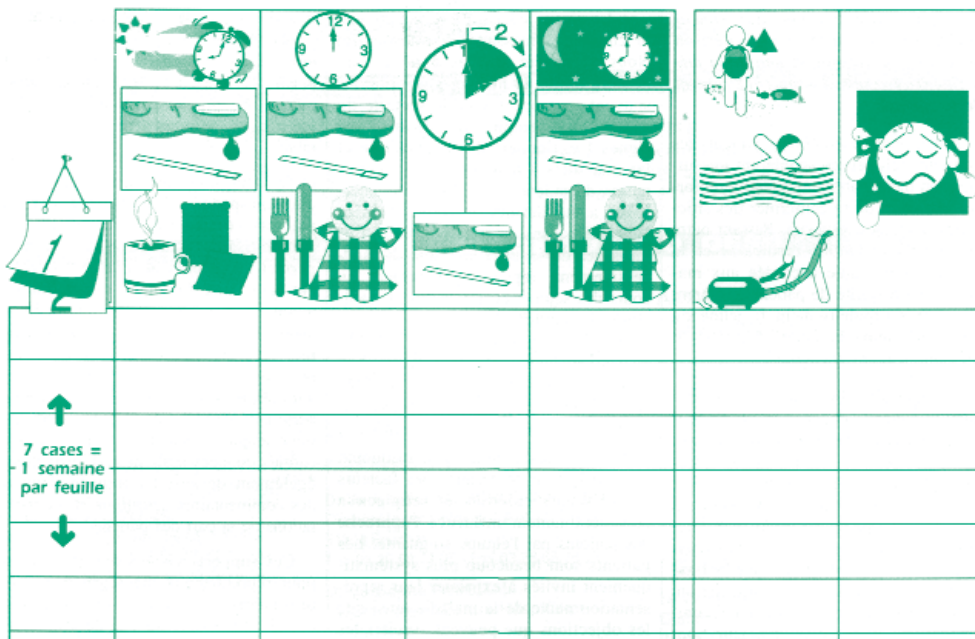


Figure 2 : Élaboration de matériel éducatif: Carnet d'autosurveillance

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à saluer ici la motivation et l'investissement sans faille de tous les membres de l'équipe paramédicale du service du Pr. Charles Oliver, représentés parmi les auteurs par Danielle Astié-Amedeo, cadre infirmier, sans lesquels ce travail n'aurait pu être réalisé et ne serait pas devenu cette expérience particulièrement enrichissante et en évolution permanente. Nos remerciements chaleureux au Dr. Martine Traroni dont l'intérêt pour notre expérience et l'aide rédactionnelle ont véritablement suscité cet article.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Goodwin AM, Keen H, Mather HM. Ethnic minorities in British diabetic clinics. *DiabetMed*1987;4:266-269
2. Obadia G, Lombrail P, Thibault N, Eschwege E, Passa R Prise en charge hospitalière du diabète insulinotraité chez les immigrés africains en France. *Diabète et Métabolismes* 1986;12:16-20
3. Wilson E, Wardle EV, Chandel P, Walford S. Diabetes education: An asian perspective. *DiabetMed*1993;10:177-180
4. Dutour O, Ouertani M, Fakir S, Feissel A, Dutour A, Oliver C. Aspects anthropologiques du diabète sucré. Problèmes d'équilibration de la maladie dans une ethnie transplantée. *Ecol Hum* 1989;V11:21-31
5. Astier D, Demarchi M. Éducation du patient diabétique illettré: mise au point et évaluation d'une méthode visuelle. Communication orale. Congrès infirmier de l'ALFEDIAM, Paris, 1996
6. Astier D, Demarchi M. Éducation du patient diabétique illettré: mise au point et évaluation d'une méthode visuelle. Mémoire pour le Certificat de Formation Pédagogique à l'éducation du patient diabétique. Institut de perfectionnement en Communication et Éducation Médicales, Puteaux, France. 1995:82p.
7. Assal JP, Gerber P, Lacroix A. L'éducation et la formation des patients dans le contrôle de leur diabète. In Tchobroutsky G, Slama G, Assan R, Freychet P eds. *Traité de diabétologie*. Paris: Pradel, 1990:644-656
8. Assal JP, Lion S. Difficulties encountered with patient education in European Diabetic Centers. In: Assal Jg Berger M, Gay N, Canivet J. *Diabetes education. How to improve patient education*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1983:78-89
9. Feissel A. Ce que l'écoute des patients diabétiques nous apprend. Une expérience de Table Ronde. *Revue Française d'Endocrinologie Clinique, Nutrition et Métabolismes* 1989;30(1):65-71
10. Hoseney GM, Freeman WL, Stracqualursi F, Godhes D. Designing and evaluating diabetes educational material for American Indians. *Diabetes Educ* 1990;16:407-414

# Adaptation aux patients diabétiques de langue et de culture arabes d'un programme d'éducation thérapeutique en groupe et en hospitalisation

## I. INTRODUCTION

Le service de Diabétologie du CHU Rangueil de Toulouse (Pr H. Hanaire-Broutin) accueille de façon hebdomadaire un groupe de patients diabétiques pour un programme d'éducation thérapeutique structuré, au cours d'une hospitalisation de 5 jours. Cette hospitalisation associe une prise en charge thérapeutique individuelle et un programme d'éducation. Celui-ci est structuré selon un emploi du temps pré-établi, et combine séquences d'éducation individuelle et de groupe. L'éducation est assurée par une équipe multi-professionnelle.

Au cours de l'éducation thérapeutique, l'acquisition de compétences par le patient se fait dans un contexte social et culturel qui constitue son cadre de référence. L'éducation de patients de langue et de culture arabes présente ainsi des spécificités qui nécessitent d'être prises en compte. La première de ces spécificités est bien sûr la question linguistique. La barrière linguistique représente un facteur limitant à l'éducation individuelle, et un obstacle plus difficile encore en ce qui concerne l'éducation en groupe.

Ainsi, il ne nous est pas possible de proposer à bon nombre de patients com-

prenant et parlant mal le français de participer au programme d'éducation thérapeutique habituel.

L'expérience de participation à la semaine d'éducation de patients dont les difficultés linguistiques apparaissent de degré moindre, mais dont le mode de vie conserve de manière prédominante un cadre culturel traditionnel, a montré une grande difficulté pour ces patients à bénéficier de l'éducation en groupe telle que nous l'organisons chaque semaine, et donc une faible efficacité.

De manière à améliorer la pertinence de notre programme d'éducation thérapeutique auprès de ces patients, nous l'avons adapté en associant la présence quotidienne et continue à l'équipe multiprofessionnelle d'un traducteur et médiateur interculturel.

De juin 1995 à novembre 2000, 9 semaines pour patients de langue et de culture arabes, le plus souvent originaires du Maghreb, se sont déroulées dans le service, 52 patients en ont bénéficié.

Plus particulièrement, nous avons évalué l'autonomie de ces patients et de leur entourage à l'égard de l'autosurveillance glycémique et des injections d'insuline, en cours d'hospitalisation, et trois mois plus tard pour les patients suivis dans notre service.

## II. AJUSTEMENT DU PROGRAMME D'ÉDUCATION ET RÔLE DU TRADUCTEUR ET MÉDIATEUR INTERCULTUREL

Un travail préparatoire entre le médiateur interculturel et l'équipe de soins est réalisé:

- sensibilisation vis à vis du diabète et de sa prise en charge pour le premier;
- sensibilisation vis à vis du rapport à la maladie dans la population du Maghreb, pour l'équipe de soins;
- **travail en équipe d'ajustement** de l'emploi du temps, les séquences d'éducation en groupe CONCERNANT des thèmes et des intervenants diversifiés.

D'une manière générale, l'emploi de temps des 5 jours de ce programme est discrètement allégé, respectant notamment un temps de repos après le repas de midi, et les moments consacrés à la prière. Le contenu des séquences d'éducation thérapeutique en groupe est précisé et les supports visuels ont été repensés, de façon à prendre en compte un analphabétisme ou un illettrisme plus fréquent.

Le traducteur et médiateur culturel est présent au moins 6 heures par jour, de façon quotidienne, pendant les 5 jours. Son rôle ne se limite pas à la traduction, il assure également un lien entre patients et soignants:

- liaison entre le patient, sa famille, et les soignants;
- traduction et aide à la compréhension lors des entretiens et des apprentissages individuels;
- traduction et lien interculturel lors des séquences d'éducation en groupe;
- liaison entre le groupe de patients et l'équipe de soins;
- aide de l'équipe de soins dans l'évaluation et le suivi éducatif.

Dès l'accueil, le médiateur culturel aide le patient et sa famille à comprendre le principe de cette hospitalisation, qui, à la différence du vécu habituel de la maladie et de l'hospitalisation dans la culture Maghrébine, ne correspond pas à une situation d'urgence.

A l'inverse, le patient et ses proches sont invités à participer, et ces derniers seront souvent impliqués dans la prise en charge. Le traducteur aide l'équipe de soins à prendre la mesure du contexte de vie du patient: activités, entourage familial, contraintes économiques: ces éléments sont déterminants dans le diagnostic et le projet éducatifs.

## III. DESCRIPTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

Entre 1995 à 2000 se sont déroulées 9 semaines pour patients de langue et de culture arabes, accueillant 52 patients. Soit en moyenne 5 à 6 patients par stage. La majorité de ces patients sont des femmes (69 %). L'âge moyen des patients est de  $56 \pm 9$  ans, et l'ancienneté de leur diabète de  $10 \pm 7$  ans.

Ces patients ont en majorité un diabète de type 2 (92%), et présentent un surpoids, avec un index de masse corporelle (IMC) moyen à  $28 \pm 5$ . Les patients accueillis sont en situation de déséquilibre glycémique, leur HbA1c moyenne est de  $8,8 \pm 1,6\%$ , et près des 3/4 des patients ont une HbA1c > 8 % (72 %).

La majorité des patients (58%) ne pratique aucune activité physique. La moitié des autres patients (21 %) ont une activité physique irrégulière, et l'autre moitié (21%) pratique une activité physique régulière et adaptée.

À l'entrée, ces patients, en échec thérapeutique pour la plupart d'entre eux, comme le montre leur taux d'hémoglobine glyquée, sont en majorité (63 %) traités par insuline, en association aux anti-diabétiques oraux dans 13 % des cas. Environ 1/3 (35 %) des patients entrent avec un traitement anti-diabétique oral (ADO), et seuls 2% sont traités par mesures hygiéno-diététiques seules.

L'hospitalisation permet une intensification du traitement, puisque davantage de patients (69 %) seront traités par insuline à l'issue de l'hospitalisation de 5 jours, et en association aux ADO pour un plus grand nombre d'entre eux (25 %).

## IV. AUTONOMIE À L'ÉGARD DE L'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE ET DES INJECTIONS D'INSULINE

L'autonomie de ces patients dans leur cadre de vie, à l'égard de l'autosurveillance glycémique (ASG) et des injections d'insuline, est un objectif clé de l'éducation. Cette autonomie vise en effet plusieurs enjeux:

- amélioration de la qualité de vie du patient;
- souplesse des horaires d'ASG et d'injections d'insuline, facilitant un meilleur ajustement du traitement, et une meilleure efficacité;
- prise d'intérêt et participation active du patient à l'égard de son traitement.

Le rôle que peut jouer l'entourage proche prend ici toute son importance, et l'objectif d'autonomie doit être travaillé dans le cadre familial. En effet, la supervision ou l'appoint que peut apporter un proche vivant au domicile du patient dans la réalisation technique de l'autosurveillance glycémique ou de l'injection d'insuline permettent très souvent « à celui-ci d'accéder à l'autonomie dans son environnement.

### **Autonomie vis à vis de l'autosurveillance glycémique**

À l'entrée en hospitalisation, la majorité des patients (62%) est autonome dans le cadre familial. Un proche apporte sa contribution pour plus de la moitié d'entre eux (53 %), le plus souvent pour la tenue d'un carnet approprié.

L'acquisition de l'autonomie se fait pendant l'hospitalisation pour 33 % des patients, moyennant la mise en place de l'aide d'un proche, discutée et ajustée pendant l'hospitalisation, chez 1/3 de ces nouveaux patients autonomes.

Cinq pour cent des patients ne sont pas autonomes à l'issue de l'hospitalisation, la venue d'une infirmière à domicile est prescrite.

Au total, vis à vis de l'autosurveillance glycémique, une autonomie du patient au sein de la famille est donc possible dans 95 % des cas, dans notre expérience. Le



contexte familial est essentiel, puisqu'un proche apportera sa coopération dans plus de la moitié des cas (57 %).

Sur les 52 patients ayant bénéficié de ce programme, 20 sont suivis dans le service, et ont été revus 3 mois plus tard. A 3 mois, le niveau d'autonomie à l'égard de l'ASG est maintenu chez tous les patients, à l'exception d'un seul, qui a interrompu de lui-même cette surveillance.

#### **Autonomie vis à vis des injections d'insuline**

L'autonomie à l'égard des injections d'insuline a été évaluée chez les 36 patients traités par insulinothérapie, en association aux anti-diabétiques oraux ou seule, à la sortie de l'hospitalisation de 5 jours.

À l'entrée, 2/3 des patients déjà traités par insuline (64 %), sont autonomes à leur domicile pour les injections, un proche apporte son aide à 19% d'entre eux. La qualité technique de la réalisation du geste est améliorée au cours de la semaine.

Vingt-deux pour cent des patients traités par insuline à la sortie ont acquis l'autonomie pour les injections au cours des 5 jours, souvent en requérant l'aide d'un membre de la famille (37.5 % de ces patients), notamment pour le réglage ou la vérification de la dose d'insuline.

À l'issue du programme d'éducation, 11 % des patients traités par insuline demeurent non autonomes pour l'injection. Chez un petit nombre d'entre eux (3 %),

l'acquisition de l'autonomie est imparfaite mais semble possible, la venue de l'infirmière à domicile est prescrite avec un objectif de poursuite de l'apprentissage.

De manière globale, l'autonomie à l'égard des injections d'insuline est obtenue chez près de 90 % des patients moyennant la participation d'un membre de l'entourage dans 1/4 des cas.

Trois mois plus tard, tous les patients revus ont une autonomie similaire < celle qu'ils avaient à la sortie.

#### **V. ÉQUILIBRE MÉTABOLIQUE ET TRAITEMENT À TROIS MOIS**

Comme nous l'avons évoqué aux paragraphes ci-dessus, 20 des 52 patients ayant suivi ce programme ont été revus trois mois plus tard. Le traitement est correctement observé et inchangé pour 18 d'entre eux. L'insulinothérapie a été interrompue chez un patient, à bon escient.

La compliance au traitement est mauvaise dans un seul cas, avec arrêt du traitement anti-diabétique oral. Quoique encore élevée, l'hémoglobine glyquée est significativement améliorée (8+1,5% vs 8,8+1,6%,  $p < 0,01$ ), sans majoration de l'indice de masse corporelle.

#### **VI. CONCLUSION**

L'adaptation d'un programme d'éducation thérapeutique pour patients de langue et de culture arabes, avec présence d'un traducteur et médiateur interculturel, permet à ces patients de tirer bénéfice des atouts d'une semaine d'éducation en groupe, en restaurant notamment les effets de la dynamique de groupe.

Ce programme permet à l'équipe soignante d'effectuer un travail d'éducation plus personnalisé et plus pertinent, et représente une expérience très enrichissante.

Pour ces patients, l'acquisition d'autonomie au sein de la famille est possible dans la grande majorité des cas (95 % pour l'autosurveillance glycémique, près de 90% pour les injections d'insuline).

Notre expérience souligne la pertinence et l'importance de l'association de l'entourage proche à la démarche d'éducation. Parallèlement, une amélioration de l'équilibre glycémique est observée à 3 mois.

**S. Lemozy-Cadroy,  
O. Tazi,  
F. Ayat,  
A.M. Volatier,  
F. Lorenzini,  
H. Hanaire-BROUTIN**

*CHU Rangueil - Toulouse*

## **SANTÉ ÉDUCATION - 2006**

# **Résumés de Congrès - DELF**

**01**

### **SEJOURS POUR ADOLESCENTS DIABÉTIQUES: VIE QUOTIDIENNE ET ORIENTATION VERS LA VIE D'ADULTE**

C; Le Tallec, C. Colmel Rubio, G. Huron, S. Goyer Dany, C. Rohou Vitrand, O. Couvaras, MC. Batut, J. Gary, N.  
*Service Diabétologie infantile, Département de pédiatrie,  
Toulouse*

Pour aider et accompagner les adolescents à se projeter dans la vie d'adulte, nous proposons un séjour de 4 jours organisé autour de 3 thèmes de réflexion: une rencontre avec 2 adultes ayant un diabète depuis leur enfance pour aborder la vie quotidienne en tant qu'adulte; une rencontre au Centre d'Information et d'Orientation, pour réfléchir à l'implication ou non du diabète dans leur choix professionnel; une rencontre avec les médecins diabétologues d'adulte dans le service de diabétologie adulte pour parler du suivi médical, et aborder également les questions sur la grossesse, la contraception et les risques de transmission du diabète. Ces 3

# 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 2005 - 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**  
**Sce Maladies ENDOcrines et Métaboliques**  
**Hôpital COCHIN**  
**27 rue du Fb St Jacques**  
**75679 PARIS Cedex 14**



rencontres sont toujours préparées au préalable selon des méthodes diverses. Ces activités s'intègrent dans un programme de prise en charge du diabète au quotidien: les adolescents sont accompagnés par l'équipe soignante toute la journée pour les temps des surveillances glycémiques, des injections d'insuline et des repas (petit déjeuner, repas au self, repas préparés ensemble, fast food, restaurant traditionnel). Des séquences pédagogiques sont proposées sur l'adaptation du traitement, l'alimentation, le vécu et les connaissances de la maladie.

L'évaluation fait apparaître: ce séjour les aide à mieux comprendre le traitement et la surveillance (60%), les équivalences glucidiques (58%), le lien entre l'équilibre glycémique et l'alimentation (50%),

Ils ont peu d'inquiétude sur leur choix professionnel à cause du diabète; ils se disent rassurés par rapport au suivi chez les adultes (58%); les filles prennent conscience de l'importance de l'équilibre glycémique avant une grossesse (60%).

Vivre avec un groupe améliore leur motivation (50%), leur permet de mieux accepter leur maladie (60%), de mieux réfléchir à l'équilibre de leur diabète (40%), d'avoir une relation plus amicale et plus facile avec les soignants (90%).

Pour les soignants, ce séjour permet de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les adolescents dans la prise en charge au quotidien et d'adapter leurs messages à la réalité.

## 02

### COURT EXTRAIT D'UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE AMBULATOIRE POUR PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2; AUTO-DECOUVERTE DES DELTAS GLYCEMIQUES PRANDIAUX ET DE LEUR CORRECTION. RESULTATS PRELIMINAIRES SUR 29 PATIENTS.

F Elgrably (1); J M'Bemba (1); L. Pelletier (1);  
A. Sola (1); AM Dalix (2); F Sita (1); S Daenen (1);  
A Louvel (1); E Larger (1); G Slama (1);  
(1) Service de Diabétologie, HOTEL-DIEU de Paris;  
(2) Inserm U557, INSERM Paris.

**Introduction:** Après le succès d'un programme d'auto-apprentissage ambulatoire au traitement du diabète de type 1 (AT1), un programme adapté au type 2 (AT2) a été mis en place.

**Patients et Méthodes:** Un exercice est réalisé 3 goûter test, pour découvrir les variations des glycémies capillaires avant (G0), 1 H après (G1H), 2H après (G2H). L'excursion glycémique la plus élevée (G1H ou G2H moins G0) constitue le delta. 3 goûters tests sont proposés (un par séance): A=pâtisserie, B=pain+beurre (équivalent en glucides et lipides) et CM+ = goûter CMO précédé d'un médicament spécifique de la glycémie post-prandiale (GPP) [CM0=goûter A ou B qui a généré le delta le plus élevé sans médicament]. Les médicaments choisis selon un protocole adapté au traitement du patient, sont acarbose, glinide ou insuline analogue rapide. Les résultats des G0, G1H, G2H et delta, des goûters A, B CM0 et CM+ sont analysés en groupe à chaque séance, dans un but éducatif. Nous avons comparé les résultats des goûters CM0 et CM+. 29 patients, 59% d'hommes, DT2 depuis 12±10 ans (m±SD), âgés de 59±10 ans, ayant un BMI à 32±6, et une HbA1c à 7.1%±1.1, ont suivi ce programme.

**Résultat:** le delta du goûter A est de 0.57±0.32, du goûter B 0.69±0.42. Le goûter CM0 a été le pain dans 69% des cas. Pour l'ensemble des patients, le delta du goûter CM0 est: 0.85±0.34. Le médicament du goûter CM+ a été acarbose (65.5%), glinide (27.5%), insuline (7%). Le delta du goûter CM+ est de 0.30±0.36 significativement plus bas que celui du goûter CM0 (p<0.0001). 97% des patients ont un Ull delta CM+ inférieur au delta CM0 et inférieur de plus de 50% pour 57% d'entre eux. 0: 0 0

**Conclusion:** 1) les patients ont découvert les variations des GPP et du delta qu'ils sont invités à poursuivre chez eux. 2) le pain est ici l'aliment au delta le plus élevé (introduction de la notion d'index). 3) le rôle d'un médicament spécifique des GPP est évident et peut conduire à une prescription et, à terme, chez ces patients éduqués, à un auto-traitement encadré.

## 03

### L'éducation thérapeutique des patients diabétiques: création d'un nouvel outil.

S. Zalateu Infirmière D.E. clinique Pasteur Toulouse

Confrontés au nombre croissant de diabétiques avec une durée moyenne de séjour réduite, les auteurs ont imaginés un outil innovant ludique et interactif type D.V.D. pour l'éducation des patients diabétiques de type II hospitalisés.

Ce travail est devenu projet de service pour les années 2004-2006 en collaboration avec l'équipe médicale, paramédicale, la diététicienne et la pédicure podologue.

L'outil est un film d'animation sur support D.V.D. multi langue comportant 6 chapitres éducatifs que le patient pourra visionner dans sa chambre sur un canal défini. L'utilisation se fera au rythme du patient, les objectifs éducatifs étant pris en charge par les différents membres de l'équipe.

Nous présentons deux de ces films finalisés en français: la diététique et la surveillance des pieds. Le montage du projet, l'utilisation et l'évaluation de ces films seront détaillés. L'évaluation reposera sur des auto questionnaires de connaissance (pré et post visualisation du film) et une enquête de satisfaction sera réalisée. Ceci permettra de mesurer l'apport de ce nouvel outil audio visuel dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type II. La mise en pratique de ces questionnaires deviendra le projet de service 2006/2007.

## 04

### QUAND LES PHARMACIENS SE SOUCIENT DE L'ETAT DES SANTE DE LEURS PATIENTS DIABETIQUES OU COMMENT AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT DIABETIQUE PAR LE RENFORCEMENT EDUCATIF DANS L'OFFICINE.

D. Lalej, F. Cohen-Solal, C. Colas, G. Hochberg,  
L. Kleinebreil, J. M'bemba, H. Mosnier-Pudar,  
pour le groupe OFFDIAB (Officine et Diabète).

Notre association a pour vocation de créer un échange actif entre les soignants en diabétologie et les équipes officinales, via la

formation et la mise en place dans l'officine d'actions spécifiques. L'enquête " Votre diabète et vous " a été proposée par les pharmaciens à leurs patients, lors d'un entretien au moment du renouvellement d'ordonnance. Elle comportait des questions sur le rythme, l'intérêt des bilans et un questionnaire de qualité de vie validé internationalement. L'évaluation a été suivie d'explications détaillées sur l'intérêt des examens de suivi et sur les complications. 202 questionnaires ont été analysés: 57% des évalués font  $\geq 1$  glycémie capillaire par jour, 13% n'en font pas ; 63% ont une HbA1c tous les 3 mois, 8% jamais ; 59% ont un dosage annuel de microalbuminurie, 25% jamais ; 65% ont un fond d'œil annuel, 8% jamais ; 50% ont un bilan cardiologique annuel, 13% jamais ; 59% ont un bilan lipidique semestriel, 4% jamais. La signification de l'HbA1c est connue par 51%, de la microalbuminurie par 42%, du fond d'œil par 66%. 6% ne connaissent pas leur chiffre de tension artérielle, 53% l'annoncent  $< 13/8$ , 51% connaissent l'objectif tensionnel, 62% savent que le diabète est un facteur de risque, 39% ne font jamais d'exercice or 63% savent que cela est recommandé. Seuls 9% vont chez le podologue tous les 2 mois, 68% jamais, 61% savent qu'il faut surveiller les pieds. Environ, 50% des évalués considèrent avoir une bonne qualité de vie, elle est jugée très mauvaise pour 10%. Conclusion: 50% des évalués déclarent avoir un suivi et une information correcte, ce qui souligne l'intérêt d'une telle action et de l'intérêt d'un renforcement éducatif dans l'officine, structure de santé le plus souvent fréquentée. L'adhésion des pharmaciens et des patients à cette action démontre le réel besoin d'un niveau éducatif complémentaire.

## P1

### " EVALUATION DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE: ETUDE DES RETOURS "

C. Cupelli, H.Dubus, K.Serrano

*Unité de diététique 2344 route de la Fénerie Pégomas*

Une des difficultés de la rééducation nutritionnelle reste son évaluation. En effet, la seule perte de poids n'est pas un paramètre représentatif de l'éducation dispensée ni du changement de comportement obtenu. Au sein de l'Unité de diététique, est proposée une rééducation nutritionnelle (séances théoriques et pratiques), à laquelle s'associe une prise en charge physique et sportive. Sous condition de motivation, et d'assiduité aux séances éducatives lors d'une première hospitalisation, les patients peuvent bénéficier d'un deuxième séjour après une période minimale d'un an. 50 patients ayant bénéficié de 2 séjours entre 2000 et 2005 ont été étudiés rétrospectivement: 32 femmes/18 hommes; âgés de 51,9 ans; l'IMC moyen au premier séjour était de 35,5. 10 (20%) patients ont perdu du poids entre les 2 séjours (6,3 kg (1,2-17)). L'IMC moyen est passé de 36,4 au premier séjour à 32,5 au deuxième. 40 patients (80%) ont repris du poids (5,56 kg (0,1-19,3)). L'IMC moyen est passé de 35,7 à 36.

Dans leur prise en charge au sein de l'établissement: 79,48% des patients accordent une place importante au repos au premier séjour contre 55,31% au deuxième séjour; 73,8% à l'activité physique contre 88,63%; 92,85% à l'apprentissage diététique contre 97,72%; 48,71% à l'aide psychologique contre 39,02 %; 100% à la perte de poids au premier et deuxième séjour. Leur

objectif de perte de poids au cours du séjour (de 21 à 30j) est de 9,24kg au premier séjour et 6,77 kg au deuxième séjour: pour les patients qui ont perdu du poids: 8,95kg/5,56kg; pour les patients qui ont repris du poids: 9,28kg/7,1kg. Tous les patients qui ont perdu du poids accordent, au deuxième séjour une importance majeure à l'activité physique et à l'apprentissage diététique. En conclusion, au deuxième séjour les patients semblent mieux comprendre l'intérêt d'une prise en charge double de réadaptation nutritionnelle et physique, ainsi que l'objectif de perte de poids progressive, surtout pour les patients qui ont perdu du poids. Nous envisageons de créer des tables rondes mêlant patients hospitalisés pour la première fois et " retours " afin de favoriser le partage d'expérience sur " les difficultés du maintien de la perte de poids et les moyens pour y parvenir ".

## P2

### COMPLEMENTARITE DIETETICIENNE, INFIRMIERE DANS LA MISE EN PLACE DE L'INSULINOTHERAPIE FONCTIONNELLE A L'HOPITAL

S. Verité, MP Tallonneau, G Hochberg, C Canonne, C Lucas, G Charpentier.

*Service de diabétologie, hôpital sud francilien, site Corbeil.*

Initialement, l'apprentissage à l'insulinothérapie fonctionnelle (IF) se faisait en hôpital de jour. Le temps d'éducation était alors très insuffisant pour la diététicienne et l'infirmière. Il existait déjà au sein du service un programme d'éducation de groupe destiné à tous les patients diabétiques. Il nous est apparu nécessaire et indispensable de créer une nouvelle semaine éducative spécifique à l'insulinothérapie fonctionnelle. Nous avons donc organisé des séances de groupe (12 heures en tout) dispensées par tous les soignants. La diététicienne intervient en 3 séances concernant le contenu glucidique des aliments, les lipides, des exercices de mise en pratique enfin une évaluation. L'infirmière intervient également 3 fois sur: l'auto-surveillance, la tenue du carnet IF, les hypoglycémies, l'adaptation de doses d'insuline dans le cadre d'une activité physique et une évaluation. Nous avons créé des outils spécifiques pour faciliter l'apprentissage de l'IF, un carnet d'auto-surveillance, un support aidant au calcul des portions de glucides des repas servis à l'hôpital en chambre destiné aux patients et aux soignants, un livret liberté alimentaire, un buffet diététique. L'éducation individuelle sous forme de mise en pratique démarre au lit du patient avec l'infirmière de salle pour les repas pris en chambre. Elle se poursuit en salle à manger au buffet en présence d'une voire deux diététiciennes et d'une infirmière. A la sortie le patient sera vu dans les 15 jours en consultation infirmière s'il a des difficultés: seront revus la tenue du carnet, l'évaluation des portions, et l'adaptation des doses. Il participera à des séances de groupe 1 mois plus tard, une reprise pédagogique sera faite par le diabétologue, la diététicienne et l'infirmière, avec évaluation du carnet, des portions de glucides, de l'adaptation des doses. Nous proposons alors au patient de réaliser ses propres expériences à domicile: le jour de jeûne glucidique (24 heures sans manger de glucides) pour vérifier la dose de basale, et le repas test pour valider la dose de la rapide. Un mois plus tard, il validera ses expériences avec un diabétologue, puis reprendra son suivi habituel

trimestriel. La mise en place de l'IF a vu le jour grâce à la collaboration des patients, la volonté des diabétologues, les formations internes, et l'interactivité des compétences des diététiciennes et des infirmières.

### P3

#### DES OUTILS D'EDUCATION UTILES AUX DIABETIQUES SOUS INSULINOTHERAPIE FONCTIONNELLE

Nous avons créé des outils ayant pour but d'aider le diabétique dans son apprentissage à l'hôpital, mais aussi dans sa vie quotidienne pour la mise en place de l'insulinothérapie fonctionnelle. Le patient doit adapter ses doses d'insuline prandiales en fonction du contenu glucidique de ses repas. La diététique est donc au centre de cette méthode. A l'hôpital, seul le déjeuner est encadré par une diététicienne, pour les autres repas il a été indispensable de créer un outil simple utile aux soignants et aux patients diabétiques pour faciliter le calcul des glucides. Ce support papier détaille le contenu glucidique de tous les aliments servis sur les plateaux repas, soit en grammes de glucides, soit en portions (une portion = 20 grammes de glucides), soit en visuel (grâce à des camemberts). Ce document s'adresse ainsi à tout niveau cognitif et permet l'initiation rapide au calcul des glucides. Pour un calcul des glucides plus complet nous remettons à chaque patient un carnet intitulé " liberté alimentaire et diabète " qu'ils apprennent à utiliser au cours du self diététique du déjeuner avec la collaboration des diététiciennes. Dans la première partie de ce livret est présentée le principe de l'insulinothérapie fonctionnelle. Dans la deuxième partie nous avons répertorié la plupart des aliments consommés dans la vie quotidienne, ils sont classés par groupes avec pour chacun des aliments la quantité de glucides donnée en portions de 20gr de glucides ( par exemple dans le groupe restauration rapide un sandwich d' 1/3 de baguette = 2 portions de 20 grammes de glucides = 40 grammes de glucides) Ce livret a été réalisé en format de poche afin que le patient l'ait toujours sur lui: au restaurant, lors d'invitations.... Un troisième outil a été conçu le carnet d'auto surveillance glycémique adapté à la méthode. La première page de ce carnet est un aide mémoire à la fois pour le patient et les soignants, elle contient tous ses paramètres de l'insulinothérapie fonctionnelle ( dose d'insuline basale, nombre d'unités d'insuline par portion de 20 grammes de glucides, les unités compensatrices et le resucrage ). Les autres pages du carnet prévoient de noter les résultats de six à huit auto contrôles par jour. Pour chaque repas le patient peut noter le nombre de portions glucidiques consommées, les unités prandiales séparées des unités compensatrices et le total d'insuline injecté. Ces outils sont utilisés en routine depuis cinq ans, mais ils ont évolué et sont réactualisés au fur et à mesure des besoins.

### P4

#### MON DIABETE ET MOI: COMMENT LES SOIGNANTS LIBERAUX PEUVENT SUSCITER LA DEMANDE DE SOINS PAR L'INFORMATION ET LE DEPISTAGE AVEC LE SOUTIEN DES COMMUNES.

D. Lalej,

*L'Amicale des Médecins et les soignants libéraux de Pontault-Combault (77).*

Nous avons organisé une journée grand public de sensibilisation sur le diabète avec des exposés suivis de discussions, une table ronde sur le vécu de la maladie, un parcours d'évaluation du risque cardio-vasculaire (RCV): tabagisme, ATCD (antécédents) personnels et familiaux vasculaires (ATFV), mesure de l'IMC, du tour de taille (Tr), de la tension artérielle (TA), et du cholestérol total (CT), dépistage du diabète (DB) et un parcours de podologie (consultation+podoscope+doppler). Des ateliers de diététiques et de démonstration de matériels et un parcours explicatif sur les bilans nécessaires au suivi étaient proposés. Vingt généralistes et spécialistes, 4 pharmaciens, 4 podologues, 4 diététiciennes, 10 infirmières, 3 biologistes tous libéraux et bénévoles se sont mobilisés un samedi. Sur les 250 participants, 81 ont suivi le parcours RCV, ratio H/F (H/F) :27/54, âge (moyen) 56,7±15,5ans (82,9% > 45 ans), avec des ATFV (28, H/F:10/18), et des ATCD familiaux d'hyperCT (23, H/F:4/19), d'HTA (37, H/F:9/27), de DB (32, H/F:8/24). Résultats: 10 fumeurs, IMC à 26±5,6, TT de 96,4±19,1cm, 76 hypertendus (PAS 134,9±26,4, PAD 76,3±6 14,8mmHg), 47 hypercholestérolémiques (H/F:8/39), 22 hyperglycémiques (H/F:7/15). Quatorze avaient 0 FDR (H/F:3/11), 24 1 FDR (H/F:10/14), 15 2 FDR (H/F: 8/7), 28 ≥ 3 FDR (H/F: 6/22) soit 22% des hommes avec ≥ 3FDR et 41 % de femmes à moyenne d'âge identique (57,5±14,7 vs 57,5±14,4 ans). Soixante-dix participants ont fait le parcours podologique avec forte demande de renseignements et besoin de réassurance sur le pied. Conclusions: A l'échelle de la commune, la journée a eu un grand impact sur la population. Elle a permis de mobiliser et sensibiliser les soignants libéraux de tous horizons autour du diabète, de la maladie CV et du pied diabétique. Les résultats obtenus lors du dépistage du RCV demandent à être validés.

### P5

#### COMPARAISON ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET DIABÉTOLOGUES DES MOTIFS D'INTENSIFICATION DE L'INSULINOTHERAPIE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2 (ÉTUDE PENINSULE)

H. Mosnier Pudar<sup>1</sup>, F. Lorenzini<sup>2</sup>, S. Gonbert<sup>3</sup>,  
A. Champigneulle<sup>3</sup>, S. Halimi<sup>4</sup>,

*1Cochin Paris, 2Toulouse, 3 Novo Nordisk SAS, La Défense, 4Grenoble.*

L'étude pharmaco-épidémiologique nationale PENINSULE décrit les critères de choix de schémas d'insulinothérapie lorsqu'une intensification (passage à ≥ 2 injections d'insuline par jour) est nécessaire chez des patients diabétiques de type 2 de plus de 40 ans. 324 praticiens (139 médecins généralistes (MG) et 184 diabétologues) ont inclus 801 patients de septembre 2004 à avril

2005 (âge moyen : 65,9±11 ans). Au début de la consultation 75 % des patients étaient déjà insulinotraités : intermédiaire –I- (29%), mélanges d'insuline humaine –MIH- (26%), analogues lents –AL- (23%). Tous ceux sous AL étaient à 1 injection, 58 % des patients sous I et 80 % sous MIH sont sous 2 injections. Les schémas d'insulinothérapie (type et nombre d'injections) ne sont pas différents entre les MG et les diabétologues. Les deux critères les plus fréquents d'intensification du traitement étaient pour tous les praticiens l'HbA1c et la glycémie à jeun trop élevées. Les diabétologues optaient plus souvent que les MG pour l'item " mieux contrôler la glycémie post prandiale " ( $p<0,001$ ) ; les MG plus souvent pour les items " réduire les variations de la glycémie, avoir un schéma plus flexible, diminuer les hypoglycémies, diminuer ou ralentir les complications " ( $p<0,05$ ). Après intensification les schémas les plus fréquents étaient à 2 inj/jour : analogue mixte –AM- (72%), I (5,5%), MIH (4,5%). Les schémas à  $\geq 3$  inj/jour sont plus fréquents chez les diabétologues ( $p<0,05$ ), mais ne concernent que 18,5 % des patients: 2 inj/jour d'AM + 1 inj/j analogue rapide –AR- (7,1 %), et AL + AR (2,7 %). La modification de schéma s'accompagne dans 76 % des cas d'une intensification des contrôles glycémiques en terme de fréquence (de 8,6 % à 48,7 % pour  $> 3$  contrôles/jour) et d'horaire (de 30,3 % à 87 % pour à la fois un contrôle à jeun et post-prandial) sans différence entre MG et diabétologues.

En conclusion cette étude montre que l'HbA1c et la glycémie à jeun sont les premiers critères d'intensification du traitement communs aux MG et aux spécialistes. Les MG semblent plus inquiets du risque d'hypoglycémie et plus attentifs à la flexibilité des traitements. L'intensification se fait le plus souvent à 2 injections quotidiennes d'analogues mixtes (72%). Les schémas par 3 injections ou plus restent encore très minoritaires, mais du domaine préférentiel du diabétologue. L'intensification de l'insulinothérapie s'accompagne d'une intensification des conseils de contrôles glycémiques.

## P6

### LE PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE II : VERS UNE EXPLICITATION DE SES REPRÉSENTATIONS AUTOUR DE SA PATHOLOGIE ET DE SON TRAITEMENT.

N. Calop, M. Ressel, C. Gilbert, C. Siaud, S. Halimi  
CHU, Grenoble

**Objectif :** L'équipe d'éducation thérapeutique impliquée dans cette recherche a été conduite à s'interroger sur les significations construites autour d'événements jalonnant le parcours du patient, et susceptibles d'en influencer les pratiques. Ainsi, l'explicitation des représentations du patient pourrait contribuer à mieux répondre à ses besoins, en renforçant un message éducatif individualisé.

**Matériel et méthode :** 1- Construction d'une trame sémantique : une trame sémantique a été élaborée à partir d'un recueil de données exhaustif, autour de thèmes abordés par les patients en stage, de janvier à mai 2005. Puis ces thèmes ont été regroupés en 7 catégories : les contraintes perçues (générales, relatives au traitement et/ou alimentaires), la qualité de vie ressentie, les signes cliniques (dysfonctionnements actuels ou complications

éventuelles présagées), les difficultés de compréhension, le degré d'acceptation déclaré (au travers des relations du patient avec les acteurs de santé et son entourage), les projets et les idées reçues.

2- Déroulement du dispositif éducatif : a. Pendant le stage : au démarrage du stage est posée collectivement au groupe la question " que représentent pour vous le diabète et son traitement ? ". Les patients s'expriment alors librement et les paroles de chacun sont recueillies selon la trame sémantique, en précisant pour chaque item si l'approche par le patient semble vécue positivement ou négativement. En regard de ces items sont recueillies également les " paroles " du patient, relatives à (aux) (1<sup>er</sup>) événement(s) illustrant ces thèmes.

b. Ce dispositif est à nouveau appliqué lors d'une journée d'évaluation, programmée trois mois plus tard. Suite à cette journée d'évaluation, les patients sont enfin contactés individuellement téléphoniquement, afin de compléter la trame sémantique et de relancer l'entretien sur des thèmes qu'ils n'auraient pas eu le temps, l'envie, l'occasion d'aborder... Une comparaison qualitative est alors pratiquée, afin de mettre en évidence en quoi les effets du stage modifient les représentations du patient.

c. Enfin, parallèlement à cette recherche qualitative, sont recueillies les données métaboliques objectivant la régulation glycémique attendue par les praticiens. L'objectif étant à terme de produire un outil visuel représentant le positionnement du patient à la croisée de ces deux axes, et l'évolution individuelle de ce positionnement au fil du temps. Cet outil conduira à positionner chaque patient selon une typologie, relative à sa qualité de vie ressentie et à la qualité de ses résultats glycémiques.

**Conclusion :** Les résultats ne sont pas disponibles à l'heure actuelle : d'une part à cause du faible échantillonnage de patients (28 patients intégrés dans ce dispositif et 7 revus en évaluation) ; d'autre part ce travail se poursuit autour de l'élaboration de l'outil visuel, notamment en ce qui concerne la pondération des items (qualitatif et quantitatifs) nécessaires au positionnement du patient à la croisée de ces deux axes.

## P7

### UN KIT DE FORMATION " DIABETE " POUR LES SOIGNANTS DES PATIENTS DIABÉTIQUES MODULABLE EN FONCTION DES OBJECTIFS D'ENSEIGNEMENT.

D. Lalej, D. Appert, C. Colas, A. Denoual, P. Giroux,  
G. Hochberg, L. Kleinebreil, B. Mace, J. M'bemba,  
H. Mosnier-Pudar, A. Rigoir,

pour le groupe OFFDIAB (Officine et Diabète).

Nous avons créé pour les pharmaciens officinaux un outil de formation qui pourrait être utilisé pour former d'autres soignants en diabétologie. Ce kit intègre l'ensemble des paramètres indispensables : connaissances de base, multidisciplinarité, expérience de terrain et évaluation. Il comporte 12 heures d'enseignement sur le diabète réparties en 6 séances de 2h et incluant à chaque fois, une partie théorique et une partie pratique.

L'enseignement est réalisé par des groupes multi-disciplinaires de soignants en diabétologie, chacun des intervenants disposant d'un outil d'enseignement qu'il module en fonction de sa pratique de terrain et du public à former, en gardant toujours à l'esprit les messages éducatifs-clés. Ce kit est disponible sous forme d'un dossier informatique de 172 Mgo compatible PC et Mac et peut-être diffusé sous forme de CD-ROM ou de clé USB. Il comporte 400 diapositives, un support papier d'une centaine de pages, comprenant les instructions pour organiser l'enseignement, des supports papiers à distribuer et qui correspondent aux diaporamas, avec pour les diaporamas très spécialisés un texte pour aider à la présentation, enfin des évaluations et des propositions d'action éducatives réalisables par les soignants en diabétologie, en fonction de leur origine professionnelle. Ce kit est actuellement utilisé et évalué auprès des pharmaciens officinaux. Il peut être proposé aux IDE, aux podologues, aux médecins généralistes, aux intervenants psycho-sociaux, en partie ou dans sa globalité, sous différentes formes, journées, soirées, regroupées ou réparties sur une plus longue période. Conclusion : L'utilisation de cet ensemble éducatif simple, initialement conçu pour être proposé tel que pour la formation des pharmaciens, peut être étendue à d'autres catégories de soignants. Son caractère modulable et évolutif, en fait un outil de formation à l'approche du patient diabétique standardisé, évaluable à grande échelle.

## P8

### **LE PHARMACIEN D'OFFICINE, PARTENAIRE DU DIABETOLOGUE ? SA FORMATION EST URGENTE AFIN QU'IL PUISSE EXERCER SON ROLE DE SENTINELLE ET DE CONSEIL DANS LE PARCOURS DE SOINS.**

D. Lalej, F. Cohen-Solal, C. Colas, G. Hochberg, L. Kleinebreil, J. M'bemba, H. Mosnier-Pudar, pour le groupe OFFDIAB (*Officine et Diabète*).

Nous avons créé avec des pharmaciens officinaux une association pour mieux échanger et synchroniser nos pratiques autour du patient diabétique. Nous leur avons proposé une formation en 6 réunions sur les thèmes importants du diabète avec à chaque fois une proposition d'action à réaliser dans l'officine. A ce jour, 408 pharmaciens et préparateurs ont été inclus. Un questionnaire d'évaluation est proposé à l'entrée et à la fin du cycle, (6 rubriques et 31 questions sur l'auto-surveillance glycémique (ASG), l'insuline et les matériels, les complications, le pied, la diététique, la psychologie et l'éducation). L'état des lieux initial (n=408) montre que les pharmaciens : 1- ont une perception de la gravité de la maladie liée au type de traitement (type 1 plus grave : 84%) ; 2- ont déjà de bonnes connaissances, notamment sur le pied ; 3- ne savent pas conseiller l'ASG dans le type 2 (fréquence et horaires) ; 4- ont des difficultés avec le conseil diététique ; 5- sont réticents au conseil et à la manipulation des matériels, et à la substitution des insulines.

Sur les 97 participants ayant fini le programme, la note sur 20 (moy±sem) progresse significativement de 12,2±3,5 à 14,4±3,6 (p<0,0001). Tous les points à mauvais score ont été améliorés,

surtout la perception de la maladie, 72% des évalués pensent que le diabète de type 2 est le plus grave. Conclusion : L'impact de la formation est important. Cette action est très favorablement accueillie par les officinaux qui découvrent le parcours de soins du diabète avec des soignants de terrain et expriment un réel désir d'en faire partie activement. Leur rencontre avec les soignants des équipes diabétologiques améliore la cohésion et la communication autour du patient. Ces résultats préliminaires sont en cours de validation sur l'ensemble des pharmaciens en cours de formation.

## P9

### **" A LA RENCONTRE DES PATIENTS ET DE LEURS SOIGNANTS... "**

C.Cupelli, B.Lecointre, M .Olocco

*Resdiab06 1 place Philippe Randon 06000 Nice*

Resdiab 06 existe depuis 5 ans. Au sein de ses locaux, des séances d'éducation collective sont proposées aux patients diabétiques. Une des difficultés rencontrées pour le recrutement des patients, est le problème du déplacement physique de ceux-ci (Souvent âgés, limités dans leur capacité physique...). Nous avons imaginé que le réseau pouvait lui être mobile et se déplacer au sein même des quartiers.

Une séance d'éducation collective (expérimentale) a été organisée au sein du cabinet d'une infirmière libérale. Les patients ont été conviés à cette séance par leur propre infirmière. D'autres professionnels de santé du quartier ont aussi été invités. Une évaluation a été faite à la fin, par un questionnaire.

8 patients diabétiques de type 2, âgés de 67,25 ans, ont participé; la durée du diabète était en moyenne de 15,62 années. 8 soignants ont assisté à la séance: 1 médecin généraliste, 3 pharmaciens, et 4 infirmières. L'analyse des questionnaires a montré un enthousiasme général: les 8 patients ont été incités à participer en priorité par la proximité du lieu, l'intervention d'un médecin diabétologue dans leur environnement habituel, la participation de leur soignant (en dehors du cadre habituel des soins). Pour les soignants: le médecin généraliste a découvert les actions du réseau, a intégré l'objectif d'éducation et non de consultation de ces séances; les pharmaciens et les infirmières ont compris la nécessité de formations en diabétologie.

Pour nous intervenants, cette délocalisation de nos actions, s'est révélée particulièrement intéressante: les patients sont arrivés en toute confiance, le contact et le dialogue entre les patients s'est rapidement instauré. La participation enthousiaste des professionnels de santé a permis de resituer nos interventions. En conclusion, cette expérience innovante, a été très concluante, marquée par une très forte adhésion d'emblée des patients et des soignants (volontairement limités par le manque de place). Cette expérience a de plus permis une meilleure connaissance du réseau auprès des professionnels de santé.

## P10

**UNE 3<sup>e</sup> JOURNÉE POUR ÉVALUER LES  
CONNAISSANCES ET LES MODIFICATIONS DE  
COMPORTEMENT À DISTANCE DE LA PREMIÈRE  
SESSION D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, UNE  
EXPERIENCE EN MÉDECINE LIBÉRALE.**

C. Lefaucheur-Vatin, F. Loo, G. Pailhe, M. Perron,  
*Association Pyrénéenne pour la protection du pied diabétique  
(APPPD) Polyclinique de l'Ormeau, 12 chemin de l'Ormeau  
65000 Tarbes*

**Le contexte:** cette éducation thérapeutique (ET) en médecine libérale est menée, en ambulatoire, à la clinique de l'Ormeau, site orienté (SO) du réseau DIAMIP par une équipe multidisciplinaire comprenant: - des médecins spécialistes et des podologues de l'Association Pyrénéenne pour la Protection du Pied Diabétique (APPPD) :diabétologues, angiologues, cardiologue libéraux - 2 infirmières de la clinique formées à l'ET et la diététicienne de l'établissement, ayant le DU d'ET. Cette 3<sup>e</sup> journée a lieu une fois par mois depuis un an et s'adresse aux patients qui ont déjà suivi une session d'éducation à la prise en charge du diabète T2 et à la prévention des complications; ces stages de 2 jours ont lieu en externe depuis 200?; les patients sont reconvoqués à > 1 an de distance du premier stage . **Objectifs:** - répondre à une demande faite par les patients à la fin du 1er stage d'avoir une suite ; - évaluer les modifications comportementales entraînées par la première session, sur l'HbA1c, le poids, etc -; et ce qu'il reste des connaissances acquises au niveau du savoir et du savoir faire. ; - insister tout particulièrement sur l'activité physique à laquelle l'après-midi est consacré **Déroulement:** - les patients sont invités à évaluer eux-mêmes, sur une échelle de 0 à 10 leur comportement concernant les objectifs qu'ils s'étaient fixés lors de la 1<sup>ère</sup> session sur le plan alimentaire, activité physique ou ASG - la diététicienne, se basant sur les notions déjà abordées, leur propose des ateliers ludiques: choisir des menus au restaurant ou des aliments dans un supermarché fictif à l'aide d'emballages... - puis, après le repas pris ensemble, une fois les ASG surveillées et commentées (technique et résultats), - une navette les emmène dans un centre de réadaptation ( hôpital d'Astugue) où une équipe rodée à l'ET (kiné et infirmières) leur propose une séance de réentraînement à l'effort, avec métraplan et mise en situation, commente le chaussage, examine les pieds et leur apprend l'autoprise du pouls et l'adaptation des collations à l' ASG et au sport **Résultats:** sur 72 patients reconvoqués, 31 ont participé aux 9 séances; nous avons pu constater: - pour 50% d'entre eux une amélioration de l'HbA1c depuis la première séance ; -pour 40% une baisse du poids ; - un bon maintien des connaissances d'après le test cognitif pour la plupart ; - une amélioration de la technique d' ASG et de la prévention de l'hypoglycémie etc ; - une bonne autocritique de leurs comportements et une reprise de décisions **Discussion:** On peut penser que le recrutement est biaisé, les patients ayant répondu positivement à notre invitation étant probablement les plus motivés ou ceux qui ont le mieux continué sur leur lancée après le 1<sup>er</sup> stage. Les perdus de vue étant soit décédés, soit atteints de complications trop graves pour assister à une journée dont la moitié est consacrée à l'activité physique. **Conclusion:** cette 3<sup>e</sup> journée permet de compléter et d'évaluer à distance les acquis de la 1<sup>ère</sup> session.

## P11

**UTILISATION D'UN PANSEMENT ANTIMICROBIEN  
DANS LA PRISE EN CHARGE DE PLAIES  
CONSECUTIVES A UNE BRULURE DU SECOND  
DEGRE CHEZ UN PATIENT DIABETIQUES**

**S. Zalateu IDE, F. Branet**  
et l'équipe du service de diabétologie Clinique Pasteur  
31100 Toulouse

Mr âgé de 75 ans est diabétique de type II avec de multiples complications (neuropathie périphériques, angiopathies rétinopathie). Lors d'un séjour au Maroc Mr L. trempe ses pieds dans une source d'eau chaude dite "miraculeuse " et se brûle les deux pieds au deuxième degré: brûlure bilatérale de la plante des pieds et de l'ensemble des orteils (face dorsale, plantaire et espaces interdigitaux). **Objectif :** Traiter rapidement ces brûlures afin d'éviter la surinfection, l'aggravation liées au terrain diabétique et artéritique, et éviter l'amputation. Protocole de soin : L'utilisation d'un nouveau pansement antimicrobien Aquace®Ag nous apparaît plus adapté chez ce patient. **Le protocole inclut :** lavage des plaies au savon doux, séchage et application d'Aquacel®Ag, laissé en place jusqu'à décollement spontané, fermeture par bandage. Il est quelque peu modifié au décours de la prise en charge avec applications sur certaines zones en voie de nécrose de Duoderm hydrogel recouvert par Aquacel®Ag humidifié. Aquacel®Ag est maintenu sur les zones bourgeonnantes. Le patient respecte la décharge stricte. **Conclusion:** L'utilisation d'Aquace®Ag a été chez ce patient un succès, la cicatrisation complète est obtenue courant octobre 2004 sans aucun geste d'amputation. Mr L. remarque et est totalement autonome.

## P12

**EFFETS D'UN PROGRAMME DE REHABILITATION  
EN ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES (APA) CHEZ  
DES PERSONNES DIABETIQUES DE TYPE 2.**

J.Regnier, C.Gilbert, E.Boudrot, E.Dantou, M.Ressel, C.Siaud,  
B.Carpentier, A.Rueff, P.Flore, M.Guinot, C.Farre,  
A.Favre-Juvin, B.Wuyam, PY.Benhamou, , et S. Halimi.  
(CHU Grenoble)

La faible observance aux recommandations d'activité physique chez les personnes diabétiques de type 2, nous a conduit à mettre en place une collaboration entre le Service Education Diabétique et l'Unité Fonctionnelle de Médecine du Sport de l'Hôpital Sud de Grenoble afin de mesurer et d'analyser les effets d'un programme de réhabilitation en APA de 6 mois, en post-primario éducation, pour des personnes diabétiques de type 2.

Les objectifs principaux de cette étude sont de mesurer et d'analyser, tous les 6 mois sur 18 mois (4 temps d'évaluation), les effets de ce programme sur l'observance à l'APA (niveau d'activités physiques de loisirs pratiquées régulièrement), l'insulinorésistance (point de croisement de l'utilisation des



glucides et des lipides à l'effort = PCGL, HbA1c, indice HOMA, indice FIRI) et les marqueurs de risques cardiovasculaires liés au phénomène d'insulinorésistance (profil lipidique avec évaluation de la densité et la taille des LDL). Les objectifs secondaires sont de mesurer et analyser les effets du programme sur la qualité de vie (SF-36), les données anthropométriques (poids, périmètre abdominal, composition corporelle), le traitement (posologie, classe thérapeutique), et les coûts directs liés au traitement spécifique du diabète. Cette étude a inclut 30 patients, randomisés en 2 groupes de 15 personnes : Groupe Expérimental (éducation associant diététique et APA + programme en APA sur 6 mois), et Groupe Contrôle (éducation associant diététique et APA). A ce jour, 1/3 de l'effectif total des patients a été évalué à T2 (+ 6 mois) et doit être réévalué pour T3 (+12 mois) en début d'année 2006. L'inclusion des 2/3 restants étant en cours.

### P13

#### INFLUENCE DU TEMPS ET/OLI DE L'INTRODUCTION D'UNE INJECTION D'ANALOGUE LENTE SUR LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DES FEMMES DIABETIQUES DE TYPE I ?

Claude Colas, Anne-Mane Dalix, Gérard Slama.

*Service de diabétologie de l'Hôtel Dieu. 1 place du Parvis de Notre Dame 75004 Paris*

En 2000, nous avons comparé, sur le plan du comportement alimentaire, à l'aide de trois auto-questionnaires: le DEBQ, le TFEQ et l'ED12, deux populations de 24 jeunes femmes chacune, l'une diabétique de type 1 et l'autre témoin non diabétique.

Les résultats montraient que, à âge moyen égal (32 ans), à IMC moyen égal (environ 22 kg /m<sup>2</sup>), les patientes diabétiques (âge d'apparition du diabète: 15 ans en moyenne et durée du diabète: 17,5 ans) souffraient davantage de la faim par rapport au groupe témoin ( $p < 0,002$ ) et qu'elles souhaitaient être plus minces ( $p < 0,00002$ ). En 2004, sur les 24 patientes, 7 ont été mises sous glargine et analogues rapides (17 ayant été perdus de vue pour raison géographique, accidents ou décès). 6 mois après l'instauration du nouveau traitement, elles ont été soumises aux mêmes tests. Les résultats d'HbA1c, bien que meilleurs, ne sont pas différents, en 2000: 8,8+1,9 % et en 2004: 8+1,2 %. L'IMC des 7 patientes est resté identique. Elles n'ont pas moins faim, n'ont pas moins de tendance compulsive, elles sont moins dans la recherche de la minceur ( $p < 0,002$ ) sans pour autant atteindre le score des témoins de l'an 2000.

Elles sont moins perfectionnistes ( $p < 0,04$ ), contrôlent mieux leur pulsion ( $p < 0,03$ ) et ont moins peur de la maturité ( $p < 0,003$ ). Leur comportement alimentaire est moins sensible à leur émotivité:  $p < 0,03$ . Conclusion: Cette étude a mis en évidence une amélioration du comportement alimentaire des jeunes femmes diabétiques de type 1, mais on ne peut l'attribuer totalement ni à l'effet de l'introduction d'une analogue lente dans le traitement, ni à l'accroissement de l'ancienneté du diabète, elle est une piste qui nous aide à mieux comprendre cette population.

### P14

#### AIDE, APPORTEE A UN DIABETIQUE, PAR UNE ESTIMATION DE SA SENSIBILITE A L'INSULINE

Pierre Leduc, Retraité, Tanguy Lechertier, Chercheur

Un diabétique enregistre sur un carnet d'auto-surveillance au cours du temps un nombre considérable de données: mesures de glycémies, doses d'insuline, des causes influençant le diabète. Le patient les gère lui-même. Qu'en fait-on ?...

On se propose de présenter une méthode qui facilite l'estimation des évolutions de la sensibilité à l'insuline, méthode mise au point avec les données d'une personne retraitée à 2 piqûres par jour. Pour cela, on utilise une partie des données en se servant d'EXCEL®: la glycémie avant le repas du soir, gs, la dose d'insuline associée, ds, la glycémie du lendemain avant le petit déjeuner, gm, et quelques causes d'anomalie bien repérées et prises en compte par un codage approprié, telles que les repas du soir anormaux (fête...), les grignotages avant le dîner, les hypoglycémies entre les 2 piqûres, une activité physique exceptionnelle après le dîner... Ces causes permettent d'éliminer les jours considérés comme atypiques.

Par période de 30 jours, on a montré qu'une corrélation suffisamment forte existait entre la différence de la glycémie avant le petit déjeuner et celle de la veille au soir avant le dîner, soit  $dgn = gm - gs$ , et la dose d'insuline ds. Aussi a-t-on adopté un modèle linéaire en première approximation:  $dgn = a + b * ds$ . On a pu vérifier que le paramètre b pouvait être considéré comme constant sur un historique d'un an, utile pour améliorer sa précision. Puis on a calculé a qui varie plus que prévu pour un non spécialiste du diabète. Pour observer la tendance de ces variations, on utilise la méthode de la moyenne mobile exponentielle, MME, s'appliquant à des séries temporelles, succession d'observations au cours du temps, et bien connue des économistes et des analystes boursiers. Cette MME opère un lissage en donnant un poids plus important aux valeurs récentes. Une MME est caractérisée par un nombre d'observations, correspondant à 90% de l'ensemble de la série. Ainsi, dans l'exemple, on a choisi une MME à 6 observations pour mettre en évidence la tendance. A notre grande surprise, on a observé de fortes variations de la tendance du paramètre a et on pu les relier à certains facteurs repérés: infections, l'effet d'un antibiotique avec retard de quelques jours.

La méthode permet de répondre à la question, qui constitue aussi une définition pratique de la sensibilité à l'insuline: si on suppose une glycémie  $gs = 1$  g, quelle dose d'insuline théorique ds aurait-il fallu injecter pour obtenir  $gm = 1$  g/l le lendemain matin. On a ainsi observé des périodes où on passait de 2.3 g/l à 6 g/l. Cet exemple permet d'expliquer pourquoi il est difficile de trouver la bonne dose d'insuline surtout en périodes courtes de grandes variations de la sensibilité, source par exemple, d'hypoglycémies incompréhensibles.

Cette méthode semblerait bien adaptée à l'insulinothérapie fonctionnelle pour suivre les variations de la sensibilité à l'insuline basale. Elle peut aussi s'appliquer à d'autres maladies chroniques et, même en hôpital, pour démarrer un ajustement de la dose d'un médicament.

# 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 2005 - 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**  
**Sce Maladies ENdoCrines et Métaboliques**  
**Hôpital COCHIN**  
**27 rue du Fb St Jacques**  
**75679 PARIS Cedex 14**



P BLANCHE

pub - Diamicron