



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 13 - N° 1
2003

Journal du DESG de langue française

Section francophone du Diabetes Education Study Group – EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

Éditorial

Pourquoi une polychimiothérapie précoce intensifiée dans le traitement du diabète de type 2 ?

A moins de la découverte improbable d'une "pilule miracle" qui, tout en un, garantirait l'avenir des diabétiques de type 2 tant sur le plan du risque vasculaire que sur celui de la micro-angiopathie, il est très probable que dans la décennie s'imposera l'idée d'une polychimiothérapie précoce intensifiée.

Qu'est-ce qu'une polychimiothérapie précoce intensifiée ?

- * Une polychimiothérapie est le concept qui considère que, la maladie diabétique étant multifactorielle tant sur le plan de la détérioration glycémique que sur le plan de l'augmentation du risque vasculaire, ce n'est que de l'utilisation simultanée des classes médicamenteuses existantes que peut naître la correction du risque accru, dans les deux domaines, du diabète de type 2. Nous développerons rapidement ces éléments ci-après.
- * Précoce veut dire que le risque est augmenté dans le diabète dès lors que la glycémie s'élève au-dessus de la normale et certainement à partir de 1,10 g/l. Pour le risque vasculaire, il est augmenté dès lors qu'une constellation de signes et de symptômes est présente, le syndrome dysmétabolique.
- * Intensifié veut dire : avec des objectifs thérapeutiques très exigeants, en minimisant néanmoins les risques d'effets secondaires néfastes.

Reprenons rapidement les éléments ci-dessus.

- * La physiopathologie du diabète de type 2 est, dans son ensemble, connue :
- une anomalie de sécrétion de l'insuline, faite d'abord d'un retard de sécrétion, ensuite d'un déficit de sécrétion de plus en plus marqué ;

Le bureau du DESG

- | | |
|--|--|
| ■ Président : | Serge HALIMI (Hôpital Nord, GRENOBLE) |
| ■ Vice-Président : | Jean-Louis GRENIER (Hôpital V.Provo, ROUBAIX) |
| ■ Vice-Présidents adj. : | Ghislaine HOCHBERG (Paris)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)
Claude COLAS (Paris) |
| ■ Secrétaire générale : | Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, PARIS) |
| ■ Secr. général adjoint : | Simone JEAN (Hôpital St-Joseph, PARIS) |
| ■ Trésorier : | Jean-Michel RACE (Hôpital Sud, AMIENS) |
| ■ Présidents d'honneur : | Paul VALENSI (Hôpital J.Verdier, BONDY)
Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu, PARIS) |
| ■ Responsable du Journal Diabète Éducation : | Guillaume CHARPENTIER
(Hôpital Gilles de Corbeil - CORBEIL ESSONNES) |
| ■ Responsables des Groupes Régionaux : | Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud RENNES)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS) |
| ■ Responsable de la Formation des formateurs : | Judith CHWALOW (Hôtel-Dieu, PARIS) |

SOMMAIRE

- **ÉDITO**
- Pourquoi une polychimiothérapie précoce intensifiée dans le traitement du diabète de type 2 ? 1
(G. SLAMA)
- **VU POUR VOUS**
- "Grimentz" : un séminaire de formation en éducation thérapeutique 3
(D. ROMAND)
- **ÉVALUÉ POUR VOUS**
- Afrique noire, alimentation et diabète : l'histoire de Demba 4
(N. BACLET)
- **DIABÈTE ET PÉDAGOGIE**
- Éducation des patients diabétiques nord-africains à Marseille : quels obstacles ? 6
(F. DADOUN, M. MERZOUK, Y. ALTOUARES, D. ASTIÉ-AMEDEO, G. BOËTSCH, O. DUTOUR, A. DUTOUR-MEYER)
- **DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE**
- Points cibles des enquêtes alimentaires 13
(F. STRNAD)
- **A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES**
- Programme éducatif infirmier du patient diabétique hypertendu à l'automesure tensionnelle 14
(I. GHIENNE, S. LEROY-RICHER)
- **LA VIE DU DESG**
- DESG en Ile-de-France
Ça vit !! Ça bouge !! 16
(S. JEAN)
- **BIBLIOGRAPHIE**
- Observance : étude quantitative des raisons qui poussent les patients à prendre ou pas leur traitement anti-dépresseur 16
(C. COLLET)
- **FORMATION DES FORMATEURS**
- Session 6 / 2002-2003 17

Le DESG de langue française remercie :

**LES LABORATOIRES
SERVIER,
LES LABORATOIRES :
BAYER-DIAGNOSTIC
BECTON-DICKINSON, AVENTIS,
LIFESCAN, LILLY,
MEDISENSE, MERCK-LIPHA,
NOVO-NORDISK,
PARKE-DAVIS, ROCHE**

de leur collaboration et de leur soutien

- une obésité, ou en tous les cas une surcharge pondérale prédominant dans la région viscérale, responsable d'une insulino-résistance au niveau hépatique, musculaire.

Nous disposons actuellement de sept moyens d'intervention dont chacun a démontré son efficacité :

1. des modifications diététiques pour perdre du poids, minimiser l'hyperglycémie post-prandiale, lutter contre la surcharge pondérale;
2. l'exercice physique, qui diminue l'insulino-résistance périphérique;
3. la mefformine, qui diminue l'insulino-résistance, essentiellement au niveau hépatique;
4. les inhibiteurs des alpha-glucosidases qui écrêtent l'hyperglycémie post prandiale;
5. les thiazolidinediones qui diminuent l'insulino-résistance au niveau périphérique;
6. les insulinosécréteurs, sulfamides et glinides;
7. les médicaments luttant contre l'obésité.

Chacun de ces facteurs a démontré son efficacité :

- * le régime alimentaire et l'exercice physique ont démontré leur efficacité dans les études dites DAQUING⁽¹⁾ et, plus récemment, DPS⁽²⁾, DPP⁽³⁾, STOP NIDDM⁽⁴⁾;
- * l'efficacité des sulfamides sur la correction de l'hyperglycémie a été démontré dans l'étude UKPDS⁽⁵⁾;
- * l'efficacité de la mefformine, aussi bien sur la glycémie que sur la prévention du risque cardiovasculaire, a été démontrée dans l'étude UKPDS⁽⁵⁾;
- * l'efficacité de l'acarbose sur l'amélioration de l'équilibre glycémique, mais également sur la correction de la prévention du facteur de risque vasculaire, a été démontrée dans l'étude STOP NIDDM⁽⁴⁾;
- * les thiazolidinediones n'ont pour l'instant démontré leur rôle dans la prévention de la morbi-mortalité, mais leur efficacité sur la correction de l'insulino-résistance de l'hyperglycémie, sur la prévention de la détérioration bêta-cellulaire, sont des espoirs solides et raisonnables;
- * l'orlistat a démontré son efficacité dans la prévention du diabète et du risque cardiovasculaire chez les obèses (étude XENDOS)⁽⁶⁾.

Cette maladie étant multifactorielle, il est illogique de l'attaquer sous un seul angle, sous un seul aspect physiopathologique pour constater, comme c'est le cas actuellement, que le traitement de l'hyperglycémie du diabétique de type 2 est globalement un échec.

Par ailleurs, la correction des facteurs de risque vasculaires a été démontrée :

- * avec les IEC, dans l'étude MICRO HOPE⁽⁷⁾ en particulier;
- * sur la prévention de la fonction rénale par les AT2;
- * l'étude UKPDS⁽⁸⁾ a largement démontré que corriger l'hypertension artérielle, par quelque moyen que ce soit, est une mesure très efficace dans la prévention du risque vasculaire et également de la micro-angiopathie;
- * de nombreuses études, dont l'étude HPS⁽⁹⁾, ont démontré l'intérêt des statines;
- * enfin, l'étude VAHIT (10) a démontré l'efficacité des fibrates (gemfibrosil) dans la prévention du risque vasculaire chez les patients à HDL bas.

Chacun de ces médicaments étant en général au mieux capable de diminuer le risque relatif de 10 à 15 %, aucun de ces médicaments n'étant efficace à 100 %, chez 100 % des patients, 100 % du temps, la solution à ce jour ne peut naître que d'une "coalition thérapeutique" qui est logique. Nous verons la limite de cette stratégie.

Polychimiothérapie précoce

En effet, tout le monde sait que l'athérome débute de façon silencieuse pendant de nombreuses années, voire des décennies, avant de parler. Comme le disait un éditorial il y a quelques années : "le compte à rebours commence bien avant le diagnostic de diabète".

Dès lors, il faut intervenir le plus tôt possible chez les gens dont on juge que le risque vasculaire est très élevé, et c'est le cas des diabétiques de type 2 surtout s'ils ont plusieurs des éléments du syndrome dysmétabolique (un tour de taille supérieur à 100 cm ou 90 cm selon le sexe; des triglycérides supérieurs à 1,50 g; un HDL cholestérol inférieur à 0,45 g ou 0,40 g; une pression artérielle supérieure à 135/85; une glycémie à jeun supérieure à 1,10 g; des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce; un tabagisme; une sédentarité; un âge supérieur à 50 ans; l'existence déjà d'une anomalie

vasculaire patente, comme l'abolition d'un poulx, un angor ou un antécédent d'infarctus du myocarde...).

Les études sus citées, DPP⁽³⁾, STOP-NIDDM⁽⁴⁾, XENDOS⁽⁶⁾, ont montré qu'une polychimiothérapie antidiabétique précoce prévenait la conversion de cette anomalie, qui n'est pas encore "officiellement" du diabète, en un diabète caractérisé selon les normes actuelles (et qui seront amenées à changer). En résumé donc, tout indique, dans le diabète de type 2, que c'est dès 1,10 g qu'il faut intervenir.

Intensifiée ?

Actuellement, l'attitude thérapeutique consiste à fixer des seuils d'intervention. Pour ce qui est de la glycémie, cette attitude est un progrès, mais ne suffit pas. En effet, l'étude UKPDS⁽⁵⁾ nous a appris que, à partir du moment où on avait un diabète de type 2, l'hémoglobine glyquée augmente de 2 points tous les 15 ans. En conséquence, l'objectif consisterait à faire une projection sur l'avenir et n'accepter une hémoglobine supérieure à 8% que passés 85 ans, ce qui, par une extrapolation rétrograde, devrait donner une hémoglobine à 6% à 65 ans et une hémoglobine glyquée autour de 4% à partir de 50 ans. On voit donc qu'il n'y a aucune justification si on veut maintenir les patients hors insuline (l'insuline n'ayant pas, dans l'étude UKPDS⁽⁵⁾ avec ses limites, démontré sa supériorité sur les anti-diabétiques oraux en pratique médicale courante, dans une large population; à moins de considérer que les britanniques sont moins intelligents que nous). La définition du seuil doit donc être le plus bas possible sans effet secondaire grave. Ceci indique que seuls les médicaments qui ne sont pas insulinosécréteurs sont indiqués entre 1,10 g et 1,26 g et que, à partir de 1,26 g, toutes les classes médicamenteuses incluant les sulfamides, sont indiquées.

Quelles sont les limites de cette attitude ?

1. Cette stratégie thérapeutique n'a pas démontré son efficacité : le démontrera-t elle jamais ? L'ensemble des grandes études actuelles, sauf l'étude UKPDS, tendent à faire porter les essais thérapeutiques sur la comparaison de molécules et non pas de stratégies. La comparaison de stratégies impose, imposera, la collaboration de firmes pharmaceutiques parfois en compétition, sinon ennemies.

2. Cette thérapeutique pourrait être, à court terme, plus coûteuse que l'abstention. Il est vrai qu'en termes économiques une mort précoce, entre 55 et 65 ans, est une "aubaine" pour les fonds publics, mais c'est une catastrophe individuelle et un échec médical. Tout démontre qu'à long terme cette stratégie est gagnante en termes de santé publique.

3. La prise de très nombreux comprimés risque d'être corrompue dans ses effets par une observance qui s'écroulerait. Ceci est très probable mais ce n'est pas une raison pour priver ceux qui accepteraient cette stratégie d'en bénéficier; cela indiquerait d'autre part que, en même temps que l'on s'échine à démontrer des effets marginaux de telle ou telle molécule dans de très larges populations de médicaments, des efforts plus importants doivent être dépensés pour mieux aborder le problème de l'observance et des stratégies pour améliorer l'observance thérapeutique des patients. Se ranger à cette stratégie impose une vigilance clinique et biologique accrue : les effets secondaires doivent impérativement être minimisés.

Ceux qui veulent faire attendre leurs patients les dix ans nécessaires à la démonstration, éventuelle, de la validité de cette stratégie, ont le bon droit avec eux. Remarquons néanmoins que cette stratégie risque d'être instituée de façon "rampante" car d'ores et déjà les résultats de la CNAM démontrent que le diabétique français moyen consomme 4,5 classes médicamenteuses, peut-être pas les meilleures, peut-être pas au bon moment, mais il le fait.

Terminons en rappelant cette petite étude qui, pour en être petite n'en est pas moins grande, faite au Steno (11), qui démontre que cette stratégie de polychimiothérapie intense (mais pas précoce) est extrêmement efficace chez les patients à très haut risque, parce que danois et microprotéinuriques.

Gérard Slama - Hôtel-Dieu - Paris

Références bibliographiques :

- (1) Li CL et al. Effect of metformin on patients with impaired glucose tolerance. *Diabet Med.* 1999 ;16:477-481
- (2) Tuomiletho J et al. For the Finnish Diabetes Prevention study group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001 ;344 :1343-1350
- (3) DPP Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002 ;346 :393-403
- (4) Chiasson et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus : the STOP-NIDDM randomised trial. *Lancet.* 2002 Jun 15;359 :2072-7

(5) UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet.*1998 ;352 :837-53

(6) Principles for enhanced recruitment of subjects in a large clinical trial. the XENDOS (XENical in the prevention of Diabetes in Obese Subjects) study experience *Control Clin Trials.* 2001 Oct;22(5) :515-25

(7) Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus : results of HOPE and MICRO-HOPE sub-study. *Lancet* 2000 ;355 :253-259

(8) UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Tight blood pressure control and risk of ma-

crovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *BMJ* 1999;317 :703-713

(9) Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart protection study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high risk individuals : a randomised placebo controlled trial. *Lancet* 2002 ;360 :7-22

(10) Rubins HB et al. Gemfibrozil for the secondary prevention of coronary heart disease in men with low levels of high-density-lipoprotein cholesterol. *N Engl J Med* 1999;341 :410-418

(11) Gaede P, Vedel P, Parving H-H, Pedersen O : Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria : the Steno type 2 randomised study. *Lancet* 1999;353 :617-622

VU POUR VOUS

“Grimentz” : un séminaire de formation en éducation thérapeutique

La Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques de l'hôpital de Genève organise chaque année des séminaires de formation continue de 5 jours consécutifs destinés aux personnels de santé ayant une activité en éducation thérapeutique.

Ces séminaires ont pour objectif d'améliorer nos compétences en matière de communication thérapeutique dans le but d'aider les patients à mieux se prendre en charge. Ils ont lieu en Suisse à Grimentz, très joli village situé à 1570 m d'altitude, fleuri, calme, propice à se plonger dans l'univers de la psychopédagogie.

Le 40^{ème} séminaire de ce type organisé par Alain Golay, Jean Philippe Assal, Aline Lassère et Giovanni Salvi, avait pour titre « Du désir au plaisir de changer ». Les participants étaient de plusieurs nationalités (Espagne, France, Biélorussie, Italie, Suisse...) : 75 médecins, infirmiers(es), psychologues, diététiciennes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, et cadre infirmier, exerçant dans des spécialités diverses comme le diabète, l'obésité, l'aide au sevrage tabagique ou alcoolique, étaient encadrés par 25 animateurs et experts eux même médecins, psychologues, infirmières, aide soignante, pédagogue, philosophe, sociologue, musiciens...

Le fond : quel contenu

Quel est l'objectif de la formation : au cours d'entretien, de développer nos capacités à renforcer la motivation du patient en faisant émerger son « plaisir », son intérêt à changer de comportement. Le principe de base étant que tout échange thérapeutique est efficace si il entraîne un changement pour le patient. Des modèles d'entretien sont présentés et testés par les formés.

Voici quelque exemples de concepts développés :

- Afin de mieux comprendre les motivations du patient, il faut être capable de faire émerger ses ressources, en s'appuyant sur sa capacité de « résilience ».

La résilience c'est la capacité d'une personne ou d'un système de se développer en cas de grande difficulté, se défendre, mais aussi se construire et se projeter dans la durée, rebondir. Pour cela il faut aider le patient à prendre conscience de ses ressources : ses peurs, ses croyances, ce qu'il aime, ce qu'il sait faire, ses projets avec la maladie, ses liens avec les autres, l'estime qu'il a de lui-même, son humour...

- Savoir explorer les processus de changement de comportement (de Prochaska qui a établi les différents stades

de l'acceptation de la maladie) et adopter une stratégie adaptée, au cours de l'entretien en fonction du stade où se situe le patient.

- Respecter le rythme du patient, et l'ambivalence

- Travailler la balance décisionnelle.

- Utiliser des techniques de communication (par exemple "les 4R" : reconstruire, reformuler, renforcer, résumer)

- Évaluer les critères de réussite d'un entretien : le patient parle plus que le soignant, le patient parle activement de changement, l'écoute est attentive, le patient va choisir entre différentes solutions "sa solution".

- Avoir un certain état d'esprit : Reconnaître à l'autre le droit de penser comme il pense (l'empathie), donner son point de vue, éviter de renforcer les résistances, donner le choix (menus thérapeutiques), renforcer son efficacité personnelle, avoir de l'humour.

Ne pas perdre de temps à vouloir que le patient fasse ce qu'il ne peut pas encore faire.

La forme

Des exposés par des experts, alternent avec des ateliers. Par groupe de 6 à 8 personnes, les participants font des jeux de rôle sous forme d'entretiens ou ils sont tour à tour, soignant soigné et observateur. Pour chaque type d'atelier des consignes précises sont données : repérer le stade ; explorer les ressources du patient, reformuler, poser des questions ouvertes... Le soir, après le dîner, les formés, par petits groupes, improvisent des sketches pour résumer, avec beaucoup de bonne humeur et d'humour, la journée. La musique est très présente tout au long du stage sous forme de concert et pour illustrer les notions exposées.

Un jeu de piste est organisé pour profiter du site exceptionnel, mais reste l'occasion de revenir sur la formation.

Les points positifs

La qualité de l'organisation générale (le logement, le cadre naturel, le lieu des conférences, la traduction simultanée, l'ambiance) favorise une bonne participation. La majorité des animateurs sont disponibles, adaptent leur rythme et le programme au groupe Ce qui permet

à chacun de trouver sa place en fonction de son niveau de compétence et de son expérience en éducation. Le discours est toujours cohérent et sa mise en pratique dans la façon de mener la formation renforce l'apprentissage. La cohésion du groupe pluridisciplinaire de formés est forte (malgré les différentes langues parlées), tout le monde joue le jeu, à quelques exceptions près. La place laissée aux entretiens ciblés et évalués permet l'utilisation rapide dans sa pratique quotidienne de certains modèles ou technique d'entretien. A condition de laisser faire le temps, ce ne sont pas des recettes ce sont des expériences, il faut le temps de se les approprier.

Les points négatifs

Il arrive que l'organisation et les systèmes de pensées présentées paraissent si infaillibles et trop souvent répétés, qu'ils deviennent un peu pesants. Et avec humour on peut se demander si il ne s'agit pas d'une « secte » (il suffit de rencontrer les « récidivistes » qui viennent là chaque année). Nous sommes loin des contingences hospitalières, comme le manque de temps, les 35 heures, les effectifs, la mobilité du personnel et des patients, les grosses difficultés de communication avec certains patients. Ce manque de prise avec la réalité, peut décourager et rendre sceptique, donner la sensation d'être le sujet d'un stage expérimental « in vitro ».

Passer 5 jours à analyser tout ce qui se dit ou se passe entre un soignant et un patient n'est pas dans nos habitudes, cela demande une bonne concentration et dérange dès que l'impression de se substituer au psychologue devient trop forte. Avant de partir à Grimentz il faut savoir de quoi il s'agit et être consentant, surtout au vu du coût important de cette formation.

Quel est l'intérêt pour un service ?

Ce type de formation permet au soignant de développer son esprit critique par rapport à sa pratique quotidienne et aussi sur ce type de formation, ce qui lui donne l'occasion de prendre de l'assurance. Il pourra renforcer son écoute et donc son efficacité, avec les patients mais aussi avec l'équipe soignante, et échanger avec d'autres équipes. C'est une bouffée d'oxygène, qui redynamise

le mode de prise en charge des patients dans nos services, ce qui est fondamental compte tenu du contexte actuel dans les hôpitaux. Mais, pour que cela dépasse le bénéfice individuel et que cela soit efficace durablement pour le service il est nécessaire que plusieurs personnes du même service participent à cette formation : médecins, cadres, infirmières, diététiciennes, aides soignants...

Alors allez y et restez critique. Et quand vous retournerez dans votre service et que l'on vous demandera « Alors Grimentz c'était bien ? » (Sous entendu les vacances) ou « Qu'est-ce que tu as appris, tu vas faire un topo dans le service », vous pourriez répondre « Grimentz c'est épuisant, il n'y a pas de temps mort, ce ne sont pas des vacances, et cela ne se raconte pas cela se vit ! »

Dorothee Romand
Hôpital Saint-Louis - Paris

ÉVALUÉ POUR VOUS

Afrique noire, alimentation et diabète : l'histoire de Demba

Création et évaluation d'un outil pédagogique vidéo pour l'apprentissage d'un nouveau comportement alimentaire intégrant les habitudes culturelles.

Observation

La population d'Afrique subsaharienne est de plus en plus représentée actuellement dans les services hospitaliers. Nous rencontrons des difficultés dans l'éducation diététique de ces patients. Difficultés de plusieurs types : socio-économiques, culturelles, liées aux croyances de santé et à la barrière de la langue qui peut réduire la communication. L'alimentation africaine présente cependant certains déséquilibres modifiables qu'il est important d'essayer de corriger.

Nous avons évalué l'impact à court terme des messages diététiques délivrés à ces patients dans notre service, à l'aide de méthodes classiques destinées à l'ensemble des patients hospitalisés.

La nécessité d'arrêter de boire sucré, de réduire les quantités de féculents, et de matières grasses, et de manger plus de légumes verts est acquise.

Mais beaucoup abandonnent leurs plats traditionnels africains et la prise du repas dans le plat commun. Ce bouleversement d'habitude ne résistera certainement pas au temps.

Nous avons donc décidé de créer un outil pédagogique qui intègre davantage les données culturelles pour nous aider à motiver les patients à conserver leurs traditions alimentaires en les aménageant plutôt qu'en les abandonnant.

Création de l'outil pédagogique

Nous avons opté pour une cassette vidéo pour plusieurs raisons :

- Nous en avons déjà l'expérience avec les patients maghrébins.
- L'impact de l'image est important, surtout si le film présente des situations réelles qui se déroulent dans l'environnement du patient, et qui sont présentées avec un langage et une musique qui renforcent l'identification.
- La cassette vidéo peut-être visionnée par le patient et par son entourage, et pourquoi pas à son domicile, au foyer, "au pays".
- Elle peut-être utilisée facilement dans les structures d'éducation, et peut servir de base de discussion avant de personnaliser le conseil. Elle permet d'harmoniser les messages délivrés à cette population.

a) Caractéristiques de la vidéo

Nous avons élaboré un projet de film d'une durée de 10 à 15 minutes dont les messages théoriques étaient au nombre de trois.

b) Objectifs théoriques diététiques

- Diminution de la quantité de graisses dans les préparations.
- Augmentation de la consommation des légumes et des fruits.

- Contrôle de la quantité de féculents consommés.

Tout en s'attachant à utiliser les aliments typiques africains et en respectant les contraintes économiques.

c) Structure du film.

Nous avons décidé du déroulement des séquences :

- 1) Introduction sur le diabète, avec comme référence les mots des patients à propos du diabète.
- 2) Connaissance des aliments et de leurs effets sur le diabète, au cours d'une scène de marché.
- 3) La cuisine : Dans une cuisine familiale ou un foyer, les acteurs réalisent une recette traditionnelle équilibrée.
- 4) Le repas pris en groupe. A chaque étape les notions de quantités à respecter et des équivalences glucidiques et lipidiques seront abordées.

d) Matériel et méthode.

- 1) Rassemblement de la population cible concernée et désireuse de réfléchir sur le projet (patients africains diabétiques suivis dans notre service), aidées d'un anthropologue et de médiatrices culturelles pour les fédérer.
- 2) Évaluation des besoins de la population : état des lieux sur leur "savoir", leur "savoir faire" et leur comportement vis à vis de leur diabète. Remise à niveau des connaissances.
- 3) Travail avec ce groupe sur le scénario, les dialogues, les messages qu'ils veulent faire passer. Les diététiciennes sont présentes à chaque réunion pour assurer l'expertise du discours.
- 4) Programmation du tournage, avec le groupe : trois jours de prises de vues pour 6 heures de film au total.
- 5) Montage par un monteur professionnel, pour arriver à 13 minutes de film (choix des images, du son, de la musique, du générique), et reproduction du film pour sa diffusion.
- 6) Fabrication de la jaquette de la cassette. Toutes ces étapes se font en collaboration avec les patients et les diététiciennes, et sont validées par l'ensemble du groupe.

Évaluation

L'évaluation a porté sur le fond et la forme du film. Après diffusion 21 patients hospitalisés ont répondu à un questionnaire (12 hommes et 9 femmes).

Ils ont tous beaucoup aimé le film, et le juge d'une durée correcte (16 vs 5), avec une bonne qualité d'image pour les 21 personnes interrogées et de son (19 vs 2). La demande de versions en langues locales est forte (Ingala, Wolof, Malinké, Peul...), et 2 d'entre eux ont fait des remarques sur le débit et l'accent des acteurs.

Six d'entre eux ont préféré la première séquence qui montre la possibilité pour la personne diabétique de manger en famille, 2 la séquence du marché et du repas équilibré, les autres n'ont formulé aucune hiérarchie dans l'intérêt des différents passages. Les messages théoriques portant sur les quantités et le choix des aliments sont mémorisés pour les 3/4 d'entre eux.

Cette expérience très enrichissante doit se poursuivre, car les patients sont demandeurs d'autres outils de ce type pour avoir plus d'explications sur la maladie.

Cet outil vidéo est un maillon de la chaîne éducative, pour que les patients comprennent et acceptent que leur alimentation traditionnelle est compatible avec leur diabète.

N. Baclet - Hôpital Saint-Louis

Pour vous procurer la cassette, contactez :

D. Romand et N. Baclet - Diététiciennes
Service de diabétologie
Hôpital Saint-Louis
1, avenue Claude Vellefaux
75010 Paris

Vous avez réalisé ou testé une structure ou un matériel pour l'éducation des diabétiques ?

Faites-le connaître par
Diabète Éducation
 en nous écrivant :

Diabète Éducation
Dr Charpentier
59, bd H. Dunant
91100 Corbeil Essonnes

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

Les immigrants 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⁽¹⁻⁴⁾ 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 sur-

veillance 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 fréquem-

ment 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 abrégier 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 et sociale, ou encore la façon dont la maladie s'inscrit dans l'expérience du patient. Très individuelle, la représenta-

tion 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 manifestement en conflit avec les recommandations d'amaigrissement, 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 ex-

plique 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 com-

battre 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 *sanc-tion 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, même 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 n°1*). Un carnet d'auto-surveillance 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 réa-



Fig. 1 - Élaboration de matériel éducatif : "Hypoglycémie/Hyperglycémie".

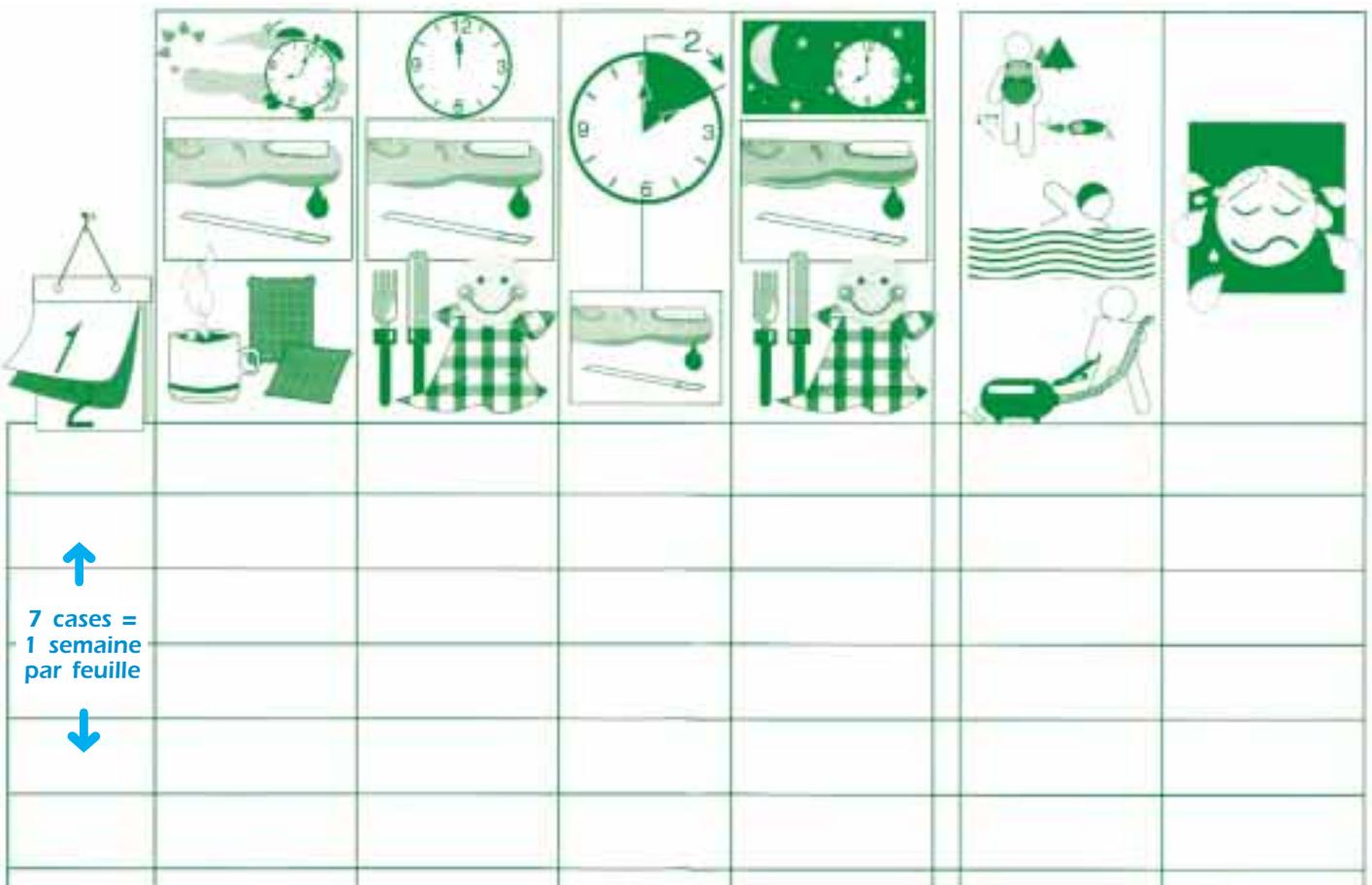


Fig. 2 - Élaboration de matériel éducatif : "Carnet d'autosurveillance".

lisation 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 rarefaction sensible des attitudes oppositionnelles ou jugées aberrantes 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 Dadoun¹, Mohamed Merzouk²,
Yamina Altouares¹,
Danielle Astié-Amedeo^{1,§}, Gilles Boëtsch²,
Olivier Dutour² & Anne Dutour-Meyer¹

1 - CHU Nord - Marseille - 2 - 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

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 Tramonni 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. *Diabet-Med*1987;4:266-269
- 2 - Obadia G, Lombraïl P, Thibault N, Eschwege E, Passa P. Prise en charge hospitalière du diabète insulino-traité 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. *Diabet-Med*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;VII: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 Tchobrousky 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 JP, 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 - Hosey GM, Freeman WL, Stracqualursi F, Godhes D. Designing and evaluating diabetes educational material for American Indians. *Diabetes Educ* 1990;16:407-414

DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE

Points cibles des enquêtes alimentaires

Réflexion portée sur l'optimisation de la prise en charge diététique des patients diabétiques de type 2 en ville : rôle d'une enquête alimentaire simplifiée.

Les prévisions pour l'augmentation du nombre de patients diabétiques non insulino-dépendants sont alarmantes sur les 20 prochaines années (de l'ordre de 24 % d'ici à 2025)⁽⁶⁾. Le ministre délégué à la santé, M. Bernard Kouchner a présenté au salon du diabète en novembre 2001, différents objectifs pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques. On peut noter entre autre les points suivants :

- garantir à tous les diabétiques la qualité des soins,
- développer ou renforcer les consultations de diététiques et de nutrition dans les hôpitaux,
- donner une priorité à l'éducation de groupe en médecine de ville sous forme de forfait incluant diététiciens et podologues.

La prise en charge alimentaire des diabétiques est essentielle dans l'arbre décisionnel thérapeutique. Tous les patients devraient donc bénéficier de conseils alimentaires dans des structures adaptées, mais cela n'est pas encore possible à ce jour. En effet, les structures hospitalières traitent en priorité les patients insulino-dépendants ou des patients diabétiques de type 2 devenus insulino-requérants. Il n'est donc pas possible actuellement aux équipes soignantes des services de diabétologie d'assurer une information ou une éducation diététique sur un grand nombre de patients diabétiques de type 2.

Au regard du petit nombre de diététiciens installés en libéral pour une population de patients diabétiques en constante augmentation, les médecins traitants jouent un rôle essentiel dans les premières consultations diététiques en détectant en première intention les difficultés d'équilibre glycémique liées à une alimentation inadaptée.

Il semble donc nécessaire de pouvoir repérer les patients qui doivent recevoir très rapidement des conseils alimentaires du fait d'un manque de connaissances manifeste ou bien d'un comportement alimentaire qui met en échec le plan thérapeutique mis en place.

Une des manières pour repérer ces patients serait de réaliser une enquête alimentaire rapide et simplifiée (car les consultations des médecins généralistes durent souvent au plus 15 à 20 minutes) pouvant mettre en évidence des erreurs fondamentales à corriger en priorité.

Mais comment réaliser un bilan alimentaire en peu de temps et comment orienter, selon l'appréciation du médecin traitant le patient vers une consultation diététique plus spécialisée ?

Rôle d'une l'enquête alimentaire

Elle permet :

- d'obtenir une analyse globale du comportement alimentaire avant la mise en place d'une intervention (éducation nutritionnelle par exemple) et de juger ultérieurement de l'impact de cette intervention^(1,5);
- d'évaluer la responsabilité de la conduite alimentaire du patient dans sa pathologie et d'améliorer par la suite son comportement alimentaire⁽¹⁾;
- de fournir la base indispensable sur laquelle s'appuiera l'établissement d'un régime personnalisé⁽²⁾.

Précisons quelques éléments importants au sujet de la fiabilité des enquêtes alimentaires :

- il est évident qu'il n'y a pas de méthode idéale pour réaliser une enquête alimentaire⁽¹⁾ et que la consommation énergétique est toujours sous estimée⁽⁴⁾.
- plus le rappel porte sur une période prolongée, plus les données re-

cueillies sont proches des apports habituels des sujets interrogés⁽¹⁾; un interrogatoire alimentaire sur la consommation d'une semaine n'est pas suffisant pour estimer correctement l'alimentation habituelle, mais suffit pour donner une idée générale de l'alimentation du sujet⁽³⁾ - (les variations intraindividuelles réelles, les variations saisonnières étant sans effet notable sur l'apport nutritionnel moyen).

Ainsi, afin de pouvoir répondre au mieux aux besoins diététiques de la population diabétique non insulino-dépendante sur une grande échelle, il semble judicieux qu'une l'enquête alimentaire puisse mettre en évidence rapidement des aspects qualitatifs des habitudes alimentaires des patients vus en ville.

Il est alors essentiel de faire ressortir les points suivants :

- * la notion de conseils alimentaires déjà reçus par le passé et par qui;
- * le lieu du repas au travail;
- * la personne qui cuisine au domicile;
- * le nombre de repas par jour;
- * la prise d'une collation;
- * l'existence de grignotage;
- * les repas sautés;
- * la consommation quotidienne et à chaque repas de glucides (sous forme de féculents, pain y compris et de fruits);
- * la survenue des hypoglycémies (gravité et fréquence);
- * la présence de sucre à portée de mains du patient;
- * la consommation de boissons sucrées (jus de fruits et sodas).

L'estimation de la consommation des lipides est plus difficile à cerner et demande une enquête alimentaire plus détaillée.

Mais, on peut mettre tout de même en évidence la fréquence de consommation de certaines préparations en s'intéressant plus particulièrement aux aliments suivants :

- * les plats en sauce,
- * les fritures,
- * la charcuterie,
- * le fromage,
- * les viennoiseries,
- * les portions de viandes supérieures à 1259 (1509 et +),
- * les plats cuisinés du commerce type quiche, tourte, cordon bleu... ➔

Un point à ne pas négliger aussi concerne la consommation des boissons alcoolisées (du fait de l'apport calorique de l'éthanol et du risque d'hypoglycémie). Il est essentiel de repérer la consommation de toutes les boissons alcoolisées y compris celles dont le degré est moindre comme le cidre ou la bière que les patients ne classent pas forcément dans cette catégorie de boissons.

Après avoir mis en évidence de grandes erreurs alimentaires par ces questions ciblées, l'information nutritionnelle individualisée sera sans doute plus pertinente. Elle permettra éventuellement de corriger quelques causes d'erreurs diététiques flagrantes et de sensibiliser le patient à la nécessité de devoir modifier son comportement alimentaire.

En première intention, on peut conseiller aux patients :

- * rythme alimentaire basé sur 3 repas par jour ;
- * arrêt des grignotages ;
- * apport régulier en glucides sous forme de féculents et de fruits ;
- * consommation quotidienne de légumes ;
- * réduction des lipides en diminuant les fréquences de consommation des fromages, de la charcuterie, des plats en sauces, des fritures, des préparations cuisinées du commerce (quiche...);
- * arrêt des sodas,
- * diminution des boissons alcoolisées.

Dans le cadre d'un suivi régulier, ces conseils pourront être donnés au fur et à mesure par les médecins traitants au moment où les patients seront les plus à l'écoute.

Si malgré ces conseils, les patients n'arrivent pas à perdre du poids, si le bilan lipidique ou l'HbA1c ne s'améliore pas, il semble souhaitable de faire appel à un autre professionnel de santé et d'adresser le patient à un diététicien pour réaliser une enquête alimentaire plus précise qui débouchera sur une éducation diététique personnalisée, avec la mise en place d'objectifs diététiques communs.

Cette démarche éducative répétitive doit se dérouler dans la durée, soit en entretien individuel, soit en groupe selon les possibilités dont dispose le diététicien et doit s'inscrire dans une collaboration pluridisciplinaire dans le processus de soins de prise en charge des pa-

tients diabétiques de type 2. Cette démarche est actuellement suivie dans le Val d'Oise au sein du réseau diabète 95. Il sera intéressant d'en évaluer le bénéfice dans les années à venir en terme de répercussions économiques et sanitaires.

Fabrice Strnad
CH René BUBOS - Pontoise

Remerciements au Dr VERGER M.F et au Dr CIOFU A. pour l'aide apportée à la réalisation de cet article.

Bibliographie

1 - Cahiers de nutrition et de diététique, XXIX, 6, 1994 : Méthodes de mesure de la consommation alimentaire et techniques des enquêtes alimentaires,

Pilar Galan, S. Herberg

2 - Précis de nutrition et diététique, n°12 - Surcharges pondérales : la prescription diététique, C.Craplet, Hôtel-Dieu - Paris, ARDIX MÉDICAL

3 - Informations diététiques, 2/1983 : Les différents modèles d'enquêtes alimentaires, J.Cubeau

4 - Cahiers de nutrition et de diététique, XXVII, 3, 1992: Technique alimentaire chez l'enfant à différents âges, A.M.Dartois

5 - Collection Jacquemaire, 1981 : Le diététicien face au malade diabétique, R.Bleyer, F.Demange, A.Desalme

6 - Prise en charge diététique dans l'organisation des soins aux diabétiques de type 2, contextes et recommandations, ADLF, 2001

7 - Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, N.Masseboeuf, La lettre des paramédicaux, Alfédiem Paramédical, n°23, hiver 2001/2002

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Programme éducatif infirmier du patient diabétique hypertendu à l'automesure tensionnelle

Les études récentes mettent l'accent sur l'importance du contrôle tensionnel pour ralentir l'évolution des complications dégénératives chez le diabétique.

Afin d'aider les patients à la réalisation de cet objectif, les infirmières du service de cardiologie ont conçu un programme audiovisuel de formation du patient diabétique hypertendu à l'automesure tensionnelle.

Ce programme reprend les recommandations de la conférence de consensus internationale qui s'est tenue à Versailles en juin 1999.

L'enseignement proposé à ces patients se divise en deux temps

Une première partie aborde des notions sur la pression artérielle, l'hypertension artérielle, le traitement hygiéno-diététique et médical, et les facteurs de risques cardio-vasculaire, et enfin dans la seconde partie, nous présentons notre support audiovisuel sur l'automesure tensionnelle suivi d'une séance pratique.

Ce support éducatif aborde de façon synthétique en 15 minutes différents points que nous détaillons ci-dessous :

■ nous sensibilisons les patients diabétiques sur l'importance du contrôle tensionnel afin de ralentir les complications dégénératives liées au diabète.

■ nous définissons avec les patients ce qu'est l'automesure :

« *c'est la prise de la pression artérielle par le patient lui-même à son domicile* ».

■ nous leurs expliquons l'intérêt de l'automesure d'un point de vue diagnostique, thérapeutique et économique.

L'automesure supprime l'effet "blouse blanche". Cette appellation fait référence à une élévation tensionnelle anormale observée chez les sujets émotifs, au cabinet médical alors que la pression artérielle est normale dans la vie courante. La fréquence réelle de ce phénomène est de l'ordre de 30%. Elle facilite d'autre part, en permettant des mesures répétées, l'évaluation du niveau de la pression artérielle chez les sujets qui présentent des variations tensionnelles importantes comme c'est souvent le cas chez les personnes âgées.

D'un intérêt thérapeutique, elle sensibilise les patients à la prise en charge de leur pathologie, ce qui est un facteur d'amélioration de l'observance et du contrôle de la pression artérielle. En raison de son faible coût et de son acceptation, elle peut être répétée sans difficulté ce qui facilite le suivi au long cours des patients et l'évaluation de l'efficacité de leurs traitements.

L'automesure présente enfin l'intérêt de limiter les coûts médicaux en réduisant le nombre des visites médicales et en limitant les indications thérapeutiques aux patients réellement hypertendus.

Comment se fait la sélection des patients bénéficiaires ?

L'automesure est réservée au patient hypertendu diabétique volontaire et motivé. Les limites de la méthode sont représentées par :

- * une taille de bras inhabituelle ;
- * les arythmies cardiaques ;
- * un tempérament anxieux.

Dans le point suivant, nous détaillons, l'équipement puis la méthodologie.

Nous mettons l'accent sur l'utilisation de matériels validés par la société Française d'Hypertension artérielle (appareil et brassard) qui doivent être adaptés aux besoins et aux caractéristiques du patient.

Les appareils manuels sont à déconseiller en raison des difficultés liées :

- * à la localisation de l'artère brachiale ;
- * à l'utilisation du stéthoscope ;
- * à la technique de gonflage et dégonflage du brassard ;
- * à une tendance à arrondir les chiffres ;
- * à l'imprécision des manomètres anéroïdes.

Ce type d'appareillage ne sera retenu que pour les patients ayant une taille de bras inhabituelle ou en arythmie cardiaque et après une formation prolongée.

Nous expliquons pourquoi l'emploi d'appareils automatiques doit être privilégié. En effet, ils évitent de nombreuses difficultés et améliorent la précision des mesures. La préférence doit être donnée

aux appareils mesurant la pression artérielle au niveau du bras plutôt qu'au poignet. En aucun cas, le patient ne doit utiliser un tensiomètre de doigt. En effet, aucun appareil de ce type n'est validé actuellement.

L'emploi d'un brassard de taille adaptée est indispensable pour une bonne mesure. Il doit être étroitement appliqué sur le bras nu, à hauteur du cœur et le milieu de la poche gonflable doit être placée sur le trajet de l'artère humérale et le bord inférieur du brassard doit être situé à 2 cm au dessus du pli du coude.

Nous leurs commentons le protocole de mesures à suivre

Le patient doit être assis confortablement dans un fauteuil, au repos depuis au moins 5 minutes avant de commencer la mesure. Il doit éviter de manger, de boire, de faire un effort physique intense, de fumer, afin de ne pas fausser les résultats.

Le bras doit être positionné sur une table de telle sorte que le brassard soit au niveau du cœur, la paume de la main tournée vers le haut.

Il ne faut pas bouger, ni parler, pendant la mesure, pour la fiabilité des résultats.

Le patient doit faire 2 séances de mesures par jour à répéter 3 jours de suite et de préférence les jours de travail :

- * la première séance se fera le matin entre le lever et le petit déjeuner avant d'avoir pris les médicaments éventuels.
- * la deuxième séance le soir entre le dîner et le coucher.

A chaque séance 3 mesures successives sont à réaliser. Le patient doit attendre 1 minute entre deux mesures. Il n'est pas utile de mesurer sa pression artérielle en dehors de ces périodes.

Le nombre de séquences est déterminée par le médecin et en respectant toujours le même protocole de mesure. Dans un but diagnostique, une seule séquence est nécessaire. Dans un but thérapeutique, pour un suivi au long cours, on propose une séquence dans la semaine qui précède une nouvelle consultation.

Puis nous les informons comment recueillir les résultats, les interpréter et les

exploiter avec les implications en matière de relation patient/équipe soignante.

Pour le recueil des résultats, le patient note les chiffres de sa pression artérielle et de sa fréquence cardiaque sur une feuille de suivi que le médecin lui a remis, sans arrondir les valeurs obtenues, et surtout sans sélectionner les mesures faites.

En auto-mesure la valeur de normalité est de 135/85 mmHg.

Le patient ne doit pas être surpris de constater des différences entre les mesures même en utilisant une bonne technique. Mais le médecin doit informer le patient que l'apparition d'une mesure élevée, isolée, n'a pas de signification par contre la constatation de chiffres tensionnels en permanence en dehors des limites indiquées par le médecin doit inciter le patient à le contacter rapidement.

Ce programme est utilisé lors de séances d'éducation par petits groupes (une dizaine de patients maximum).

L'évaluation de cet enseignement se fait immédiatement après la projection de ce support audio-visuel par une séance pratique, et à distance, sur les résultats d'indicateurs tels que les chiffres tensionnels et métaboliques (glycémie, hémoglobine glyquée). Des travaux scientifiques récents, montrent que le diabétique suivi en automesure, présente de meilleurs résultats biologiques.

L'éducation sanitaire des patients affectés d'une maladie chronique constitue une nécessité, ce n'est plus seulement une action de soins curatifs, mais surtout une action de santé publique axée sur la qualité de vie des patients.

Le présent travail souligne le rôle important que peuvent et doivent jouer les infirmières dans ce domaine. Cela leur permet de développer leurs compétences en matière de prise en charge éducative et renforce la cohésion de l'équipe soignante.

L'ÉDUCATION : une évolution du métier infirmier.

Ghienne I, Leroy-Richer S.
Hôpital Bégin - 94160 Saint-Mandé

LA VIE DU DESG

DESG en Ile-de-France Ça vit !! Ça bouge !!

Le n° 2 / 2002 "Diabète Éducation" annonçait le renouveau du groupe DESG/IDF, avec la constitution de quatre ateliers sur la région :

1° - Création d'outils éducatifs

IDE, Cadres Infirmiers, Podologues, des hôpitaux de Gonesse et de Lariboisière travaillent à la réalisation du projet : Un carnet de suivi pour les DNID - DIN en difficulté de langue, de lecture ou d'écriture.

2° - Élaboration d'un livret de liaison Ville/Hôpital

Diététiciennes, IDE, Podologue des hôpitaux de Cochin, R. Debré, St. Joseph, Montreuil, s'inspirent de ce qui existe ailleurs, et sollicitent la collaboration des Médecins.

3° - Reconnaissance de l'Aide Soignante en Diabétologie

AS, IDE, Diététiciennes des hôpitaux de, St. Louis, Cochin, Bichat ont rédigé un questionnaire, pour connaître les besoins en formation spécifique et proposer un programme de formation ultérieurement, pour atteindre l'objectif.

4° - Formation pour toute la région

L'Insulinothérapie Fonctionnelle, premier thème retenu qui vient d'être traité avec succès le 25 octobre 2002.

Avec le concours de D. Marleix des laboratoires B.D, le Dr. D. Seret - Bégué, diabétologue à l'hôpital de Gonesse, a organisé une *Journée de formation sur l'Insulinothérapie Fonctionnelle (IF)* : 36 participants - Diététiciennes, Médecins et IDE se sont retrouvés, intéressés par cette nouvelle méthode de traitement. Le Dr. C. Sachon, diabétologue dans le service du Pr. Gri-

maldi de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, accompagnée d'un diététicien et d'une IDE, nous ont fait part de la pratique de ce concept depuis sept ans, en hôpital de jour et de semaine. Ils ont démontré l'aspect de liberté possible en diététique; la prise en compte du profil psychologique des patients diabétiques est nécessaire au préalable, pour leur proposer l'un des trois niveaux A-B-C. Le recul important de l'Insulinothérapie Fonctionnelle, pour un bon nombre de DID permet de noter une baisse de l'HbA1C, et principalement une diminution des hypoglycémies.

Une autre expérience nous a été relatée par le Dr. Charpentier, diabétologue à l'hôpital de Corbeil. Il pratique cette méthode IF depuis quelques années et l'applique également aux enfants diabétiques, avec la collaboration des IDE et des diététiciennes de son service.

Tout bouge !! Les règles d'insulinothérapie traditionnelle sont bousculées - on reconnaît le bien fondé des injections de NPH à midi et le soir avant le coucher...

Cette formation était très pédagogique, avec des ateliers pratiques en diététique : les participants devaient évaluer l'apport glucidique et lipidique d'un repas. Ce qui n'était pas sans difficultés pour certains... Mesdames, Messieurs les diététiciens doivent former équipe et patients... Mais la bonne entente, l'esprit de cohésion facilite la tâche.

Une dernière remarque, avant même la réussite de cette journée, devant le nombre d'inscrits et l'impossibilité de les satisfaire, une deuxième journée s'est déroulée le 17 janvier 2003 à Paris. Cette nouvelle pratique amorce un virage en diabétologie !

S. Jean - DESG/IDF

BIBLIOGRAPHIE

Observance : étude quantitative des raisons qui poussent les patients à prendre ou pas leur traitement anti-hypertenseurs

Environ 50 % des patients hypertendus diagnostiqués ne prennent pas les traitements qui leur sont prescrits.

De leur point de vue, ils ne sont pas les "receveurs" passifs de ces traitements et ils décident eux même, selon leurs critères, de les prendre ou pas.

Plusieurs travaux ont attesté de ce phénomène mais on dispose de très peu de données sur les motivations des patients atteints de maladie chronique, quand il s'agit de suivre ou pas un traitement qui doit leur être bénéfique.

Cette étude a essayé d'évaluer les critères des patients qui sont parfois bien éloignés des critères médicaux. On peut ainsi tenter d'approcher les causes de l'échec de la communication entre mé-

decin et malade. Pour ce faire, 38 sujets représentatifs d'une population de 576 patients suivis dans deux cabinets de médecine générale britanniques ont été interviewés.

Les interviews étaient individuelles et ciblées sur les sentiments des patients vis à vis de leurs traitements en général puis des antihypertenseurs en particulier.

Une majorité de patients ($\approx 75\%$) avait des réticences à prendre ses traitements par sentiment de ne pas être concernée (« c'est pas pour moi ») ou qu'il valait mieux éviter les médicaments d'une façon générale car ils ne sont pas naturels ou sûrs. Les patients disent souvent avoir peur de devenir dépendants.

D'autres se rendent compte que cela signifie qu'ils sont vraiment malades et ils préfèrent éviter ce rappel quotidien.

D'autres déclarent que cela découle de leur éducation : « on m'a élevé comme ça, à ne pas prendre de médicaments ».

En ce qui concerne les antihypertenseurs en particulier, les réticences peuvent être liées au fait que c'est un traitement à vie, et en ne le prenant pas, les patients espèrent ainsi conjurer cette réalité, comme ceux qui espèrent que des traitements autres que médicamenteux peuvent les aider. Certains pensent tout simplement qu'ils n'en ont pas besoin ou qu'ils auront des effets indésirables.

Mais tous les patients réticents ont aussi exprimé des points positifs sur leur traitement : une relation positive avec leur médecin et une amélioration des chiffres tensionnels sont souvent mentionnées ainsi qu'un plus grand bien-être physique (25 patients sur 38) et parfois moral (soulagement de voir les chiffres de PA baisser).

Au total, une majorité de patients ayant des réticences exprimait aussi des arguments positifs et pesait le pour et le contre. Il est surprenant de voir que beaucoup de patients disaient se sentir mieux sous traitement alors que l'hypertension a la réputation (peut-être infondée?) d'être une pathologie asymptomatique. Le rapport des patients avec leur traitement se situe dans le registre irrationnel et culturel et très peu en fait sur le plan pratique, pharmacologique.

Les médecins devraient intégrer cette réalité pour mieux inciter leurs patients à prendre leurs traitements.

Carole Collet
Hôpital Bichat - Paris

1. Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs : qualitative study. *BMJ* 2002;325:873-6



Quand ?

- ★ **MODULE 1**
DIAGNOSTIC ÉDUCATIF 27 au 29 mai 2002
- ★ **MODULE 2**
DIAGNOSTIC ÉDUCATIF 07 au 09 octobre 2002
Comment recueillir les informations
- ★ **MODULE 3**
Module PSYCHO ANALYTIQUE 02 au 04 décembre 2002
- ★ **MODULE 4**
Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE 17 au 19 mars 2003
- ★ **MODULE 5**
COMMUNICATION 09 au 11 juin 2003
- ★ **MODULE 6**
COMMUNICATION (Suite) 06 au 08 octobre 2003
- ★ **MODULE 7**
ÉVALUATION 08 au 10 décembre 2003

Où ?

à L'ASSOCIATION REILLE - 34, avenue Reille - 75014 PARIS

Pour toute demande de renseignements ou inscription :

Christine BAUDOIN - DESG/Formation des Formateurs
INSERM - Unité 341
Hôpital de l'Hôtel-Dieu

1, place du Parvis Notre-Dame - 75181 Paris cedex 04

Tél. 01 42 34 81 41 - Fax 01 56 24 84 29 - Christine.baudoin@htd.ap-hop-paris.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

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

DIRECTEUR DE RÉDACTION

Guillaume CHARPENTIER
Hôpital Gilles-de-Corbeil, 59, bd H.-Dunant
91100 Corbeil - Tél. : 01 60 90 30 86

RÉDACTEUR EN CHEF

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

DIABÈTE ÉDUCATION - COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)
Alina CIOFU (Pontoise)
Carole COLLET (Paris)
Silvana LAURENT (Bobigny)
Marc LEVY (Nanterre)

Helen MOSNIER -PUDAR (Paris)
Agnès SOLA (Paris)
Martine TRAMONI (Neuilly-sur-Seine)
Nadia TUBIANA-RUFI (Paris)

MAQUETTE - Studio Grafiligne / Tél. 01 64 98 88 07 - Fax 01 64 98 76 60 / grafi.studio@wanadoo.fr
IMPRESSION - Imprilith / ZI de l'Orme Brisé - 5, rue de la Croix Blanche Pringy 77310 St-Fargeau-Ponthierry

LES RÉGIONS DU DESG

RESPONSABLES NATIONAUX DU DESG

Dr Anne-Marie LEGUERRIER
Diabétologie - Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie - 35056 Rennes Cedex
Tél. 02 99 26 71 42 - Fax 02 99 26 71 49

Dr Bernard CIRETTE
Diabétologie - Centre Hospitalier
1, avenue Colbert - 58033 Nevers Cedex
Tél. 03 86 68 31 41 - Fax 03 86 68 38 22

RESPONSABLES RÉGIONAUX DU DESG

NORD

Mme Cécile DELATTRE
Maison du diabète
59700 Marcq-en-Bareuil
Tél. 03 20 72 32 82 - Fax 03 20 65 25 22

Mme Martine LEVISSE
REDIAB - 3, place Navarin
62200 Boulogne-sur-Mer
Tél. 03 21 99 38 73

Dr Chantal STUCKENS
Pédiatrie - Hôpital Jeanne de Flandre
2, av Oscar Lambret - 59037 Lille Cedex
Tél. 03 20 44 59 62 - Fax 03 20 44 60 14

NORMANDIE

Dr Michel GERSON
Hôpital Monod - BP 24
76083 Le Havre Cedex
Tél. 02 32 73 31 20 - Fax 02 35 43 29 93

OUEST

Dr Anne-Marie LEGUERRIER
Diabétologie - Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie - 35056 Rennes Cedex
Tél. 02 99 26 71 42 - Fax 02 99 26 71 49

MIDI-PYRÉNÉES

Dr Jacques MARTINI
Diabétologie - CH Rangueil
1, av J. Poulhes - 31054 Toulouse Cedex
Tél. 05 61 32 26 85 - Fax 05 61 32 22 70

Dr Sylvie LEMOZI
Diabétologie - CH Rangueil
1, av J. Poulhes - 31054 Toulouse Cedex
Tél. 05 61 32 26 85 - Fax 05 61 32 22 70

AQUITAINE

Pr GIN
Diabétologie - CHU Groupe Sud
Av. de Magellan - 33604 Pessac
Tél. 05 56 55 50 78 - Fax 05 56 55 50 79

Dr DUVEZIN
Diabétologie - Hôpital de Dax
40100 Dax
Tél. 05 58 91 48 50 - Fax 05 58 91 49 92

PICARDIE

Dr Jean-Michel RACE
Endocrinologie - CHU Amiens
Hôpital Sud - 80054 Amiens Cedex
Tél. 03 22 45 58 95 - Fax 03 22 45 57 96

CHAMPAGNE

Dr Jacqueline COUCHOT-COLLARD
Diabétologie - Hôpital Auban Moët
51200 Epernay
Tél. 03 26 58 71 05 - Fax 03 26 58 70 95

Dr Catherine PASQUAL
Diabétologie - Centre Hospitalier
10000 Troyes
Tél. 03 25 49 49 21 - Fax 03 25 49 48 43

PARIS - ILE-DE-FRANCE

Mme Simone JEAN
Mme Carmen FLUMIAN
Service de Diabétologie
Hôpital St Joseph
185, rue Raymond Losserand
75014 Paris
Tél. 01 44 12 33 95 - Fax 01 44 12 33 48

CENTRE

Dr Philippe WALKER
Sce de Diabétologie Endocrinologie
Centre Hospitalier Jacques Cœur
BP 603 - 18016 Bourges Cedex
Tél. 02 48 48 49 42 - Fax 02 48 48 48 02

LANGUEDOC

Dr Michel RODIER
Médecine T - Centre Hospitalier
av du Pr. Debré - 30900 Nîmes
Fax 04 66 68 38 26

BELGIQUE

Dr UNGER
Association Belge du Diabète
Chée de Waterloo, 935 - 1180
Bruxelles - Belgique

ALSACE

Pr Michel PINGET
Endocrinologie
Hôpitaux Universitaires
Hôpital Civil - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 11 65 99 - Fax 03 88 11 62 63

Dr Véronique SARAFIAN
Endocrinologie
Hôpitaux Universitaires
Hôpital Civil - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 11 65 99 - Fax 03 88 11 62 63

LORRAINE

Dr Jacques LOUIS
Diabétologie - Hôpital Sainte Blandine
3, rue du Cambout - 57045 Metz
Tél. 03 87 39 47 41 - Fax 03 87 74 63 45

BOURGOGNE - FRANCHE COMTÉ

Dr Bernard CIRETTE
Diabétologie - Centre Hospitalier
1, av Colbert - 58033 Nevers Cedex
Tél. 03 86 68 31 41 - Fax 03 86 68 38 22

RHÔNE-ALPES

Pr Serge HALIMI
Diabétologie - CHU - 38700 La Tronche
Tél. 04 76 76 58 36 - Fax 04 76 76 88 65

PACA

Dr Monique OLLOCO-PORTERAT
Diabétologue
28, rue Verdi - 06000 Nice
Tél. 04 93 82 27 30 - Fax 04 93 87 54 51

Marie-Martine BONELLO-FARRAIL
Diabétologue
8 bis, Bd Joseph Garnier - 06000 Nice
Tél. 04 93 52 35 45 - Fax 04 93 98 77 91

Mme Sophie GACHET
Centre d'Éducation en Nutrition et
Diabétologie - La Gloriette
25, av. des Îles d'Or - 83400 Hyères
Tél. 04 94 35 22 40

QUÉBEC

Pr Jean-Luc ARDILOUZE
Endocrinologie - CHU de Sherbrooke
30001-12E avenue Nord - J1H5N Sherbrooke -
Quebec Canada - Tél. 819 564 52 41 - Fax 819 564 52 92

Bulletin de commande des Teaching Letters - DESG

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

Dr Martine Tramoni
Information Servier
27, rue du Pont
92578 Neuilly-sur-Seine Cedex
Fax : 01.55.72.74.74

Références

- N° 1 - Antidiabétiques oraux
- N° 2 - Hypoglycémie
- N° 3 - L'auto-contrôle
- N° 5 - Complications tardives du diabète
- N° 6 - Les soins des pieds
- N° 7 - Mise en place d'un programme d'éducation du patient diabétique
- N° 8 - Thérapeutique et éducation : la valeur ajoutée du traitement
- N° 9 - Aidez vos patients à améliorer leur prise en charge
- N° 11 - Check list de l'éducation thérapeutique du patient
- N° 15 - Motiver et aider les patients diabétiques à suivre leur traitement
- N° 16 - Comment évaluer l'éducation thérapeutique des diabétiques

Nom

Adresse

.....
.....