



# DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 12 - N° 2  
2002

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

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

## Éditorial

### Obésité : de l'épidémie à la prévention

*Il y a cinq ans, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait son rapport princeps sur l'obésité en le sous-titrant d'un très provocant « Une épidémie globale ». Surprenant de la part d'un organisme plutôt engagé dans les questions de malnutrition et dénutrition.*

*Mais les chiffres étaient là, évidents : l'obésité progresse de manière alarmante dans tous les continents, dans quasiment tous les pays, quelle que soit la situation économique à partir du moment où se produisent de rapides changements des styles de vie, singulièrement liés à l'urbanisation. La France est-elle épargnée ou s'inscrit elle dans cette tendance générale ? Si l'on regarde les chiffres absolus : rien de dramatique, la prévalence de l'obésité en France se situe dans les valeurs les plus basses du monde industrialisé occidental : environ 9 % d'obésité chez l'adulte et 12 % de surpoids et d'obésité chez l'enfant. Les différentes études sont concordantes : avec la Hollande, la France fait partie des pays européens dont la prévalence de l'obésité est la plus faible, moitié moindre que celle de la Grande-Bretagne ou dans certains pays d'Europe Centrale.*

*En revanche, la situation devient préoccupante si l'on considère l'évolution de la prévalence. Plusieurs études épidémiologiques françaises, en particulier celle sur les conscrits et l'étude OBEPI-INSERM, conduite par M.A. Charles, montrent une progression assez rapide de la prévalence de l'obésité en France. En trois ans, de 1997 à 2000, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est passée de 8,4 à 9,2 %. Une progression considérable dans un intervalle aussi court. Une compilation des données épidémiologiques françaises chez l'enfant, montre que la prévalence double tous les 15 ans : elle était de 3 % il y a 30 ans, 6 % il y a 15 ans et 12 % actuellement. ➡*

#### 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)<br>Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)<br>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)<br>Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu, PARIS)                   |
| ■ Responsable du Journal Diabète Éducation :   | Guillaume CHARPENTIER<br>(Hôpital Gilles de Corbeil - CORBEIL ESSONNES)                            |
| ■ Responsables des Groupes Régionaux :         | Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud RENNES)<br>Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)         |
| ■ Responsable de la Formation des formateurs : | Judith CHWALOW (Hôtel-Dieu, PARIS)   |

#### SOMMAIRE

- **ÉDITO**  
- Obésité : de l'épidémie à la prévention .. 17  
(A. BASDEVANT)
- **VU POUR VOUS**  
- Le diabète gestationnel pris en charge à l'hôpital Lariboisière ..... 18  
(M. VIRALY - B. BETARI)
- **ÉVALUÉ POUR VOUS**  
- Évaluation de supports écrits d'éducation nutritionnelle pour diabétiques de type 1 et 2 auprès de 122 patients et soignants ..... 20  
(F. ROSSI)
- **DIABÈTE ET PÉDAGOGIE**  
- Vivre avec son diabète à l'adolescence ..... 21  
(C. GUITARD-MUNNICH)
- **DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE**  
- Comment aborder un patient diabétique en situation de précarité ..... 23  
(S. LAURENT)
- **À PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES**  
- Prise en charge des troubles comportementaux chez les patients déments ..... 24  
(V. MARCAUD)
- **ÉTUDE DE CAS**  
- Docteur, je dois élaguer ma forêt ..... 26  
(H. MOSNIER-PUDAR)
- **L'ÉDUCATION DES DIABÉTIQUES DANS LES GRANDS CONGRES INTERNATIONAUX**  
- Renouveau du DESG de la région Paris - Ile-de-France ! ..... 27

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

*La France contribue indiscutablement à l'épidémie mondiale d'obésité. La tendance évolutive est la même que dans les autres pays occidentaux : nous partions de plus bas mais si nous continuons sur ce rythme nous rejoindrons d'ici 20 ans la prévalence nord - américaine actuelle.*

*Quels sont les déterminants de cette tendance ? Difficile de répondre à cette question, faute d'études détaillées sur les déterminants environnementaux, comportementaux et sociaux de l'obésité dans notre pays. Seules quelques études se consacrent à cette thématique dont celle de Fleurbaix Laventie et l'étude SUVI-MAX. La sédentarité et la déstructuration des rythmes alimentaires paraissent jouer un rôle important, mais il faut investir dans cette recherche pour mieux identifier les déterminants environnementaux qui viennent révéler les prédispositions biologiques, largement génétiques. Reste que l'on peut, sur la base des données épidémiologiques de la littérature dégager certaines orientations pour la prévention. C'est ce que le « Programme National, Nutrition Santé » a fait, en plaçant parmi les priorités la réduction de la prévalence de l'obésité chez l'adulte et l'absence d'augmentation de la prévalence chez l'enfant. Par quels moyens passent cette prévention : une campagne pour réduire la densité calorique de l'alimentation en encourageant en particulier la consommation de fruits et légumes et la réduction des apports lipidiques, la promotion de mesures pour réduire la sédentarité et encourager la pratique d'une activité physique programmée ; la diffusion d'un guide alimentaire pour le grand public et d'un guide d'information nutritionnelle pour les personnels de santé.*

*Un certain scepticisme est de mise en France vis-à-vis de ces actions de prévention « A quoi bon » dit-on, « Comment lutter contre la pression de l'industrie agro-alimentaire ? » « C'est un coup d'épée dans l'eau ». Les mêmes railleront dans le même temps, l'incurie des politiques de santé publique et le retard français dans ce domaine. Sortons de ce marasme intellectuel et engageons nous pragmatiquement dans ce qui est entrain de devenir une évidence de santé publique : la prévention fait partie intégrante des fonctions et des responsabilités des personnels de santé y*

*compris des éminents spécialistes d'une médecine high - tech. Engageons nous donc et appuyons nous sur ce que les pouvoirs publics nous accordent pour la première fois : une politique nationale de nutrition. Que les grincheux grinchent et que les professionnels de nutrition fassent leur travail. En sachant bien sûr que la prévention n'est pas une politique du « grand soir » ou du « demain on rase gratis ». La prévention est un travail de fond dont les effets se manifestent au bout de quelques dizaines d'années. Nous avons identifié que l'obésité progresse, les données épidémiologiques permettent d'anticiper un problème préoccupant, il faut se mettre à l'œuvre. L'éducation est en première ligne, d'où cet éditorial dans la revue du DESG.*

*Tous autant que nous sommes, engagés dans la diabétologie d'une manière ou d'une autre, avons l'habitude de la prévention (des complications, des effets secondaires etc). Mais, il nous faut, dans le domaine de l'obésité changer quelque peu la perspective. Nous devons engager la prévention non pas de l'obésité mais de la prise de poids. En particulier de la prise de poids des sujets à risque d'obésité, dans les circonstances que l'on sait favorables à la constitution de l'embonpoint (arrêt du tabac ou de l'activité physique, événement hormonaux, traitement stéroïdiens etc). Il nous faut donc accepter de nous engager vers des activités de prévention qui sortent*

*du cadre de notre pratique habituelle. Les médecins doivent contribuer à la prévention de l'obésité dans un cadre non médical. La prévention de l'obésité ne nous appartient pas. Nous faisons partie d'un ensemble préventif beaucoup plus large, fondé sur un mot clé : le partenariat. La prévention implique la politique de la ville, l'éducation, l'information, l'industrie agro-alimentaire et bien d'autres partenaires. Tel est l'enjeu : créer des partenariats durables, sur des actions privilégiant la proximité (locale ou régionale).*

*C'est un changement de perspective pour les professionnels de santé : contribuer à la prévention au travers de leur expertise et de leur compétence mais en inscrivant cette participation dans une perspective plus large. Ce qui signifie sortir de nos bases. C'est bien là perspective des « Maisons du diabète », des « Centres d'appel », des structures expérimentales que tente de mettre en place les autorités de santé dans le cadre du PNNS. Ces actions pragmatiques doivent pouvoir s'appuyer sur une recherche de santé publique sur la conception et la diffusion, l'étude d'impact des « messages santé ». Elles doivent pouvoir bénéficier de moyens : il est sans doute préférable de compter sur une multitude d'initiatives locales, publiques ou privées que sur une attribution pyramidale.*

*Arnaud Basdevant  
Hôpital de l'Hôtel-Dieu - Paris*

## VU POUR VOUS

# Le diabète gestationnel pris en charge à l'hôpital Lariboisière

La structure éducative du Service de Médecine B de l'hôpital Lariboisière à Paris permet la prise en charge des femmes enceintes ayant un diabète gestationnel ou à risque de le développer pendant la grossesse.

Quand et avec qui ? Cette journée d'éducation a lieu une fois par semaine, et accueille 6 à 7 femmes enceintes en provenance des services de maternité de l'hôpital Lariboisière et de l'hôpital

Beaujon (Clichy). Les intervenants de cette journée sont : une infirmière éducatrice (Régine Clavery, Nathalie Carmouet), un(e) diététicien(ne) (Yann Guérineau, Solveig), un médecin diabétologue (Agnès Delaval).

Pour qui ? Des femmes enceintes ayant un diabète gestationnel ou à risque de le développer pendant la grossesse. Le diabète gestationnel est un trouble de la glycorégulation découvert à l'occasion

de la grossesse. Il ne s'agit pas "en théorie" d'un diabète pré-gestationnel, c'est à dire de femmes diabétiques de type 1 ou 2 débutant une grossesse. Il est important de rappeler que le diabète gestationnel reste dans la classification du diabète une entité à part pour plusieurs raisons : son diagnostic biologique ne fait pas l'objet d'un consensus international, tant sur les valeurs seuils que sur la méthodologie et probablement aussi en raison de l'hétérogénéité de cette pathologie. Par exemple, il existe un certain nombre de facteurs prédisposants à faire un diabète gestationnel, mais 50 % des femmes avec un diabète gestationnel n'ont aucun facteur prédisposant. Autrement dit, si l'on ne dépistait que les femmes "à risque", la moitié des femmes avec un diabète gestationnel serait méconnue. C'est la raison pour laquelle toutes les femmes sont dépistées dans les services de maternité de l'hôpital Lariboisière et de l'hôpital Beaujon, au terme de 24-28 semaines d'aménorrhée si elles n'ont aucun facteur prédisposant, ou au premier trimestre de grossesse si elles ont un ou plusieurs facteurs prédisposants. Si le test de dépistage de O'sullivan est pathologique (seuil ici choisi : glycémie 1 heure après 50 g de glucose à 1.30 g/l), ou s'il existe des facteurs prédisposants, elles sont adressées en hôpital de jour, avec les résultats du test diagnostique (ici choisi : HGPO 0-2 heures, 75 g de glucose, glycémie à jeun à 0.9 g/l et glycémie 2 heures à 1.40 g/l).

## Quel est but de cette journée ?

Prendre le temps pour sensibiliser, pour expliquer et pour motiver ces femmes afin de rendre optimal leur prise en charge et leur suivi.

## Comment se déroule la journée ?

Les femmes sont accueillies dans une très jolie salle réservée à l'éducation, au sixième étage du bâtiment de médecine avec baies vitrées et vue sur le Sacré-Cœur de Paris. Chacune des femmes est interrogée de manière individuelle, afin d'évaluer les points suivants :

- \* Terme de la grossesse ?
- \* La personne a-t-elle un diabète gestationnel ?

\* Présente-t-elle des facteurs prédisposants pour développer un diabète gestationnel (antécédent familial de diabète de type 2, de surpoids, petit ou gros poids de naissance de la mère, surpoids antérieur à la grossesse, âge au delà de 30-35 ans, multiparité, antécédents de macrosomie, ou complications fœtales, prise de poids importante) ?

\* Existe-t-il un retentissement fœtal, une macrosomie (diamètre abdominal transverse > 90ème percentile) ou un excès de liquide amniotique ?

\* Existe-t-il des obstacles pour la prise en charge : barrière linguistique, niveau socio-économique ?

\* Origine ethnique et croyance religieuse.

L'interrogatoire est suivi d'un cours. L'objectif de ce cours est d'expliquer afin de sensibiliser les femmes et ainsi de rendre optimale la prise en charge : définition du diabète gestationnel, quels en sont les risques foeto-maternels à court et à long terme, quels sont les objectifs glycémiques de la grossesse et comment y parvenir.

Les orientations thérapeutiques sont ensuite adaptées et personnalisées pour chacune des femmes en fonctions des différents points suivants :

**1 - De l'existence d'un diabète et/ou de facteurs prédisposants.** Par exemple, une femme ayant un diabète gestationnel sera traitée dans un premier temps par le régime alimentaire. On lui prêtera un lecteur de glycémie pour 6 autocontrôles par jour (avant et 1h30 après chacun des 3 repas) ; Une femme non diabétique mais avec de nombreux facteurs prédisposants, donc "à risque" de développer le diabète gestationnel durant la grossesse, bénéficiera des règles hygiéno-diététiques, prêt d'un lecteur de glycémie avec 3 autocontrôles par jours ciblés sur les glycémies post-prandiales. Parfois, l'insulinothérapie est nécessaire d'emblée, et l'éducation se fait le jour même.

**2 - Du terme de la grossesse.** Une femme, en fin de grossesse, non diabétique mais avec des facteurs prédisposants, bénéficiera simplement des règles hygiéno-diététiques. Alors qu'à une femme, au 2<sup>e</sup> trimestre de grossesse, non diabétique mais avec facteurs prédisposants, on fournira un lecteur de glycémie pour dépister une conversion éventuelle vers le diabète.

**3 - Du retentissement fœtal.** Une femme non diabétique, avec ou sans

facteurs prédisposants, mais avec une macrosomie fœtal (diamètre abdominal transverse > 90<sup>e</sup> percentile) ou avec un excès de liquide amniotique bénéficiera d'un lecteur de glycémie afin de vérifier au quotidien s'il n'existe pas de montées glycémiques post-prandiales à l'origine de ces anomalies.

Chacune des femmes est ensuite vue séparément par un(e) diététicien(ne). Celui ou celle-ci fait dans un premier temps une enquête alimentaire, puis explique les bases du régime alimentaire, sur le plan qualitatif et l'importance de son respect pour l'équilibre glycémique.

Les aspects qualitatif et quantitatif du régime sont adaptés à chaque patiente en fonction des habitudes ethniques et religieuses, et du contexte socio-économique.

Puis, l'éducation sur l'autosurveillance glycémique et la tenue du carnet d'autosurveillance est commune. Un lecteur de glycémie est prêté à chacune des patientes jusqu'à la fin de la grossesse. L'autosurveillance glycémique tient ici une place majeure dans l'éducation, pour la patiente et pour le médecin. Pour le médecin, c'est le seul outil qui permet, lors des consultations suivantes, d'évaluer l'équilibre glycémique dans sa globalité, de réadapter régime alimentaire, de porter l'indication de l'insulinothérapie, et en cas d'insulinothérapie déjà instituée, de modifier le schéma ou adapter les doses d'insuline. Pour la patiente, l'autosurveillance glycémique est un outil majeur pour sa motivation au respect du régime alimentaire (au moindre écart, la glycémie post-prandiale est élevée), est un outil rassurant si l'équilibre glycémique est bon, et un outil qui lui permet d'adapter les doses d'insuline.

Un déjeuner en commun avec l'équipe a lieu en cuisine diététique avec application directe des conseils donnés.

La sortie est prévue après le déjeuner, chacune des femmes ayant un rendez-vous avec le Dr A. Delaval dans un délai de 1 à 3 semaines selon les cas, avec un contrôle biologique (glycémie à jeun et post-prandiale pour valider l'autosurveillance, le dosage de la fructosamine pour évaluer l'équilibre glycémique des 3 semaines précédentes) et, pour les patientes diabétiques, la recherche d'une microangiopathie (fond d'œil, microalbuminurie des 24 heures).

Marie Virally et Bouchera Betari,  
Hôpital de Corbeil - Corbeil-Essonnes

## ÉVALUÉ POUR VOUS

# Évaluation de supports écrits d'éducation nutritionnelle pour diabétiques de type 1 et 2 auprès de 122 patients et soignants

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins et pour répondre à un double objectif d'harmonisation des concepts nutritionnels et d'optimisation des conseils et messages délivrés aux patients diabétiques, deux livrets d'aide à l'éducation nutritionnelle ont été conçus et réalisés par des diététiciens d'Ile-de-France. Ces livrets "NovoPoche" sont agencés de façon attractive sous forme d'une part de dialogues pour "Alimentation et diabète de type 1" et d'autre part d'invitations aux voyages pour "Alimentation et diabète de type 2".

Une évaluation de ces documents a été organisée, par questionnaires, auprès des patients et des soignants. L'objectif de cette évaluation était de connaître les modalités d'utilisation et de mesurer la pertinence des objectifs initiaux.

L'enquête a duré 6 mois dans 21 sites hospitaliers (11 en province et 10 en Ile-de-France). 122 questionnaires ont été recueillis, 70 de patients (avec parité entre le type 1 et le type 2) et 52 de soignants dont 82 % de diététiciens. Les questionnaires, qu'ils soient à visée patient ou soignant, abordaient les items suivants pour les deux types de livrets :

- 1) les thèmes prioritaires ;
- 2) les thèmes manquants et inutiles ;
- 3) les modalités de distribution ;
- 4) la lisibilité.

## Les résultats montrent

1) Priorité aux glucides, Équivalences glucidiques et Situation particulières et exceptionnelles sont les thèmes favorisés pour "Alimentation et diabète de type 1". Pour "Alimentation et diabète de type 2" le choix se porte sur Apport et choix des graisses, Sucres nutritifs incontournables et Équilibre alimentaire.

2) Pour 78 % des soignants et 95 % des patients, il n'y a pas de thèmes man-

quants ni de thèmes inutiles pour 87 % des soignants et 97 % des patients.

3) En ce qui concerne les modalités de diffusion, 86 % des livrets sont remis aux patients par les soignants (82 % de diététiciens) lors de leur hospitalisation ou en consultation, suite à une éducation nutritionnelle. 80 % de ces documents sont distribués avec explication et personnalisation des points clés.

4) D'un point de vue de la lisibilité, dans 67 % des cas les livrets sont notés denses en informations mais ces informations sont néanmoins accessibles par

tous. Patients et soignants estiment que c'est un récapitulatif complet, clair et précis. 94 % des patients et 100 % des soignants le trouvent agréable et facile à lire. De plus le côté attractif et ludique est indéniable pour 95 % d'entre eux et permet une interprétation immédiate des différentes notions et situations abordées et simulées.

Ces livrets répondent par conséquent aux attentes des patients et des soignants du fait de l'harmonisation des concepts et conseils nutritionnels et de l'accessibilité des messages délivrés. Ces deux documents remplissent donc entièrement leur rôle de soutien à l'éducation nutritionnelle que ce soit en première intention ou lors du suivi et, ce, pour tous les diabétiques.

Florence Rossi  
Hôpital de la Sapétrière - Paris

*Je remercie les membres du groupe des diététiciens d'Ile-de-France avec qui nous avons réalisés les livrets : N.Baclet, M.Bardeau, E.Bernard, E.Corset, C.Flumian, C.Fouquet, Ch.Guerchais, Y.Guérineau, A.Guffroy, MC.LePestipon, N.Masseboeuf, C.Meyer, A.Rigoir, D.Romand, MC.Sage, A.Siaud, F.Stmad, D.Tarhouni.*

## OÙ TROUVE-T-ON LES GLUCIDES ?

### Les glucides complexes (amidon) représentés par les féculents

Céréales et dérivés		Pommes de terre	Légumes secs	Autres
Pains traditionnels	Blé	Purée (flocons ou surgelé) Fécule Préparations culinaires à base de pommes de terre	Lentilles	Igname Patates douces Bananes plantains Manioc Tapioca Châtaignes
Baguette	Pâtes		Haricots blancs	
Pain de campagne	Semoule		Haricots rouges	
Pains fantaisie	Blé à cuire		Flageolets	
- aux céréales	Farine		Fèves	
- complet	Riz		Pois chiches	
- au son	Maïs		Pois cassés	
Biscottes	Maïzena			
Pains grillés	Orge			
Pains suédois	Seigle			
Pain Azyme	Avoine			
Viennoiseries	Sarrasin			
Biscuits sucrés et salés	Céréales pour le petit déjeuner			

Le pain contient de l'amidon, c'est un féculent

### Les glucides simples

Fruits		Légumes verts		Laits et laitages	Produits sucrés
Fruits secs	Jus de fruit frais	Carottes	pousses de soja etc.	Lait nature et aromatisé de vache, chèvre, brebis entier, écrémé ou 1/2 écrémé Lait de soja Yaourt nature Yaourt aux fruits sucrés aromatisés Fromage blanc Suisses Crèmes dessert	Sucre Miel Confiture Bonbons Chocolat Glaces Pâtisserie Crème dessert Produits laitiers sucrés Boissons sucrées (sodas, jus de fruits) etc.
Banane	Raisin etc.	Petits pois			
Figue		Betterave			
Cerise		Salsifis			
Ananas		Navet			
Pomme		Céleri Rave			
Poire		Choux de Bruxelles			
Orange		Chou-fleur			
Kiwi		Choux			
Clémentines		Haricots verts			
Pamplemousse		Tomates			
Fraise		Épinards			
Framboise		Courgettes			
Melon		Salade			
Pastèque		Germes et			

## L'ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE : ALBUM PHOTOS

### COMMENT ÉQUILIBRER UN REPAS : VOTRE ALBUM PHOTOS



Pour équilibrer votre repas, vous pouvez traverser toutes les cités que vous venez de découvrir, et y choisir un aliment de chaque famille, c'est-à-dire :

**1 féculent** : grâce aux sucres (glucides) qu'il contient, il calme votre faim et vous permet d'éviter les hypoglycémies. Consommez-le en quantité contrôlée et régulière.

**1 légume vert** (pour les fibres) : vous pouvez en manger abondamment, il diminue la sensation de faim (par exemple : 1 fois par jour cru, 1 fois par jour cuit.)

**1 fruit** (toujours pour les fibres) : mangez-en avec modération, car il apporte aussi des sucres (glucides). 1 à 3 fruits par jour, au moins une fois cru, mais aussi cuit et en compote.

**1 produit laitier** (pour le calcium) : afin de mieux contrôler votre poids, modérez votre consommation de fromage car il est gras (1 fois par jour 30 g = 1/8 de camembert) et préférez les laitages demi-écrémés ou écrémés.

**1 viande (maigre de préférence) ou du poisson** (au moins 2 à 3 fois par semaine) : pensez aux coquillages et aux crustacés qui sont très peu gras. Les œufs peuvent remplacer la viande. A un seul des repas de la journée, cela peut être suffisant pour que vous ayez un bon apport de protéines et de fer!

**Un peu de matières grasses** : de préférence végétale, pour cuisiner et assaisonner.

**1 boisson** : la seule indispensable est l'eau. Il vous est conseillé de boire 1.5 l par jour, eau du robinet ou en bouteille, plate ou gazeuse. Elle peut aussi être aromatisée ou additionnée de pulpe.

Mais l'eau, c'est aussi le thé, le café, les tisanes, les infusions, les bouillons de légumes. Et pour varier les goûts et remplacer les sodas sucrés, de temps en temps, des boissons light. Penser aussi au jus de légumes comme le jus de tomate!

Et pourquoi pas un petit verre de jus de fruit naturel sans sucre ajouté, mais en remplacement d'un fruit consommé habituellement.

PETIT DÉJEUNER	DÉJEUNER	DÎNER
Pain (complet) ou Céréales	Pain	Lentilles aux petits oignons et aux herbes
1 orange entière ou pressée 1 bol de lait demi-écrémé ou écrémé ou 1 yaourt nature ou à l'aspartam	Chou braisé  Raisin  Brie	Tomates vinaigrette  Poire cuite au vin  Petit suisse
Beurre	Pintade rôtie Huile, Margarine	Cabillaud vapeur
Thé ou café	Eau	Huile  Eau - 1 verre de vin

#### Diversifiez votre alimentation et faites-vous plaisir !

Pintade rôtie  
Chou Braisé  
Brie  
Raisin  
Pain

Tomates vinaigrette  
Cabillaud vapeur  
Lentilles aux petits oignons  
Petit suisse  
Poire cuite au vin

Pages 24, 25

## DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

### Vivre avec son diabète à l'adolescence

Il existe un dicton brésilien qui dit : « qui ne meure pas, ne voit pas Dieu ». Il faut mourir en soi à quelque chose pour pouvoir gagner la félicité. Les adolescents le savent bien, eux qui essaient de se défaire de leur identité d'enfant pour accéder à l'âge adulte.

L'adolescence ne se réduit pas à une "fin d'évolution" de l'enfance. Elle est un début, une crise organisatrice... Le résultat final atteint à la fin de l'adolescence - l'organisation sexuelle définitive - est une structuration du psychisme, qui va déterminer tant la vie sexuelle future du sujet que la nature de ses relations, normales ou pathologiques.

#### Le travail psychique à l'adolescence

L'adolescent doit faire un certain travail psychique indispensable, qu'on appelle le "travail de subjectivation". Il s'agit d'intégrer dans son psychisme deux éléments : il doit devenir le sujet de son corps et de sa propre pensée. Pendant l'enfance, on peut dire que le corps n'appartient pas seulement à l'enfant, mais aussi à la mère, à tous ceux qui prodiguent leurs soins, avant que l'enfant ne soit capable de s'occuper de lui tout seul.

À la puberté, le corps se transforme et devient sexuellement mature. L'adolescent doit s'approprier ce nouveau corps, se reconnaître dans ce nouveau corps transformé, en être le sujet. Il doit assumer la responsabilité de ses désirs sexuels, et son nouveau potentiel agressif, tout en se défaisant de ses liens infantiles avec son entourage. Parallèlement, il doit s'approprier ses propres pensées; c'est à dire qu'à ce moment de la vie, les adolescents s'interrogent sur le sens de leurs pensées, au sens de leur relation avec les autres, à ce qu'ils pensent d'un tel, ils pensent sur les pensées. C'est ce travail d'appropriation qui est l'essence même de l'adolescence.

## La résurgence de l'Œdipe

L'adolescence est un temps de remise en jeu de l'œdipe, avec un double versant incestueux et parricide. Incestueux, car le fait d'avoir un corps sexuellement mature rend la proximité avec le parent de sexe opposé difficile, dangereuse ; parricide car il y a chez tout adolescent une composante agressive, voire de haine, qui était effacée pendant l'enfance, et qui est réactivée à la puberté. Cette agressivité permet aux adolescents de se libérer de leur ancien attachement à leurs parents, mais rend les relations difficiles. Quand il y a tentative de rapprochement de la part des adultes, cela peut générer une angoisse, et être vécu comme un empiétement menaçant de l'autre.

Un travail de séparation attend les adolescents, une distance s'installe entre eux et leurs parents... Ils doivent renoncer aux liens infantiles avec les parents ; ces liens établis dès l'enfance leur procuraient une certaine sécurité... A l'adolescence, on négocie la perte de cette sécurité, sans perdre pour autant une relation affective aux parents, mais en étant capable de la modifier.

La puberté est donc une période qui amène un tumulte et une désorganisation dont l'adolescent doit faire nécessairement l'expérience pour pouvoir ensuite se réorganiser et dépasser ce cap là.

Si ce travail se fait mal ou ne se fait pas, l'adolescent risque de verser dans des conduites ou des états pathologiques.

## L'emprise de la maladie

Tout ce travail psychique d'adolescence vise à la prise d'autonomie, à sortir de la dépendance infantile. Face à toutes les contraintes pluriquotidiennes qui encadrent sa vie, comment l'adolescent diabétique peut-il faire le travail psychique propre à cette étape de la vie ? Il doit en même temps faire ce travail nécessaire pour devenir adulte, et la maladie et son traitement lui impose une emprise qui le ramène à la dépendance et à la soumission.

On voit tout de suite que le diabète est un obstacle majeur au travail de subjectivation ; car cette maladie chronique implique une dépendance immense pour

le corps. Dépendance à l'insuline à laquelle est suspendue la vie, il suffit de ne pas se traiter pour mettre sa vie en danger. Contraintes et soumission à travers les nécessités imposées par la maladie : régime alimentaire, surveillance régulière des glycémies, besoin de se "piquer" plusieurs fois par jour. Le travail d'appropriation de son corps pour l'adolescent est rendu aléatoire...

La maladie a aussi une emprise sur le fonctionnement psychique : la blessure de l'image du corps réalise une atteinte narcissique ; la crainte des complications, l'obligation de penser "diabète" - les adolescents disent souvent : « j'ai le diabète dans la tête » - sont toujours présentes. Toute vicissitude du diabète comporte sa répercussion psychique. Cramer parle d'une sorte d'agglutination entre fonctionnement psychique et diabète, une "corporalisation" du psychique.

Comment l'adolescent diabétique peut-il négocier cet antagonisme entre l'emprise de la maladie et son besoin d'autonomie ?

## Les attaques du cadre de soin

Il va négocier en faisant un compromis. Ce compromis va se traduire par une attaque du cadre de soins que les diabétologues tentent de mettre en place. La plupart des adolescents ne suivent qu'approximativement leur traitement. En général, ils mettent de côté au moins une des composantes de celui-ci. Ou le régime alimentaire est fantaisiste, ou les glycémies sont oubliées, et l'adaptation des doses mal faite, ou ce sont les injections qui sont oubliées, mais plus rarement.

Ces attaques du cadre sont à comprendre paradoxalement comme une tentative de survie. Ils essaient d'être indépendants, et autonomes, de se défaire de la maladie.

Car toutes ces contraintes renvoient les adolescents à une certaine passivité qui, à ce cap de la vie, est au cœur de la problématique de dépendance. Ils sont dépendants, ne le supportent pas, et ils sont quand même obligés de passer par cette dépendance.

La seule possibilité qu'ils ont est d'aménager cette relation de dépendance, pour recevoir ce dont ils ont besoin, tout en le rejetant en partie « Il

faut pouvoir faire l'expérience de son impuissance à se défaire de sa maladie pour accepter ensuite de s'en accommoder » a souligné D. Marcelli.

La conduite d'opposition peut être une manière d'aménager cette relation. Dans ce type de relation, l'adolescent recherche des limites plutôt qu'un échange. Il craint de se soumettre et s'enferme dans un refus.

D'autres défenses mentales sont susceptibles d'être mobilisées pour se protéger de la maladie et de sa dépendance, comme le clivage ou le déni.

Comme le dit Marcelli : « l'adolescent diabétique est confronté à un conflit de savoir ». Il sait qu'il a le diabète, on l'a informé sur cette maladie, il a suivi des cours d'éducation, et pourtant on a l'impression qu'il ne veut pas le savoir. C'est un compromis entre le savoir et l'ignorance, il se leurre sur la reconnaissance de son diabète, c'est une façon de mettre la maladie entre parenthèse, de se dégager de son emprise, et de sauvegarder une partie de son narcissisme.

Reconnaître son diabète peut être une réalité inacceptable à l'adolescence : celle d'un défaut, d'un manque trop blessant pour le narcissisme. Le clivage permettrait de résoudre le conflit interne entre une image de soi idéalisée, saine, indépendante et une image de soi dévalorisée, dépendante.

Ce refus de savoir explique les différentes théories fantaisistes que les adolescents atteints d'une maladie chronique élaborent, alors qu'ils sont d'une intelligence normale. Il est peut-être aussi responsable des difficultés scolaires que présentent certains patients, comme si la connaissance était investie d'une façon ambiguë.

\* \* \*

Ce qui est positif pour l'équilibre du diabète, ne l'est pas forcément pour l'équilibre psychique, à ce moment là de la vie.

Le respect rigoureux, scrupuleux raisonnable du traitement implique un système de défenses psychiques assez contraignant, voire obsessionnel. L'acceptation complète de la maladie, et le sérieux concernant le traitement impliquent un "ligotage des pulsions", une soumission, et l'acceptation par le narcissisme d'un défaut dans le fonctionnement du corps, d'un manque.

Pour qu'un adolescent diabétique aille bien, il faut d'abord qu'il se consi-

dère comme adolescent, et ensuite diabétique. Il est plutôt sain pour un adolescent de préserver son narcissisme, de tenter de sortir de la soumission, d'essayer de se dégager de l'emprise de sa maladie et de ses contraintes pour que le travail de l'adolescence puisse se mettre en place.

Les attitudes "déraisonnables" des adolescents devant la réalité d'une maladie chronique ne sont pas négatives, elles sont à comprendre comme un compromis entre leur corps et un équilibre psychique.

Christine Guitard-Munnich  
Hôpital Robert Debré - Paris

## DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE

# Comment aborder un patient diabétique en situation de précarité

## Définitions de la précarité

La précarité a été définie par le Conseil Économique et Social comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Selon le Haut Comité de la Santé Publique elle touche 20 à 25 % de la population vivant en France. Il s'agit de sujets n'ayant pas de couverture sociale, de chômeurs en fin de droit, de personnes dont le revenu global reste inférieur au RMI (Revenu Minimum d'Insertion).

La précarité se manifeste essentiellement dans le domaine économique (revenus insuffisants et instables, chômage), mais aussi dans le domaine de la santé. Le taux de mortalité des personnes bénéficiant du RMI est de 2 à 3 fois plus élevé que celui de la population générale (12).

## Données épidémiologiques

En France, peu de données médicales concernant les sujets précaires diabétiques sont disponibles. Les travaux réalisés à l'étranger avec notamment l'étude de la cohorte Whitehall et celle de l'OMS ont montré que la mortalité des

diabétiques appartenant aux couches socio-économiques défavorisées était 2 fois plus importante que celle des couches « aisées ». La différence était essentiellement liée au tabagisme et à l'augmentation des chiffres tensionnels dans le groupe ayant un statut socio-économique précaire (1). Ces résultats n'ont pas été confirmés par l'étude de Koskinen et al., réalisée en Finlande (2).

Plusieurs travaux menés au Mexique et aux USA soulignent l'importance de la prévalence des troubles de la glycorégulation parmi les classes sociales défavorisées et dans les minorités ethniques (3-7). Ces sujets ont un moins bon contrôle glycémique et un taux des complications plus élevé (8-11).

Une étude menée dans le département de la Seine-Saint-Denis (93), particulièrement touché par le problème de la précarité (37000 bénéficiaires du RMI) a montré que la prévalence du diabète était significativement plus importante dans la population précaire. Par ailleurs, les sujets diabétiques précaires avaient un moins bon équilibre glycémique, lipidique et tensionnel (15).

Les diabétiques en situation de précarité ne présentent pas seulement un risque cardio-vasculaire élevé. Ces patients consultent souvent dans un contexte d'urgence, au stade des complications (13). Il n'est pas rare également d'observer l'association de plusieurs pathologies chez le même patient, et souvent des formes cliniques graves (14). Reste à souligner la fréquence des

troubles psychologiques et psychiatriques dans cette population démunie (14).

La précarité apparaît ainsi comme un facteur de risque médical. En effet pour cette population, la santé passe au deuxième plan. Les priorités étant de pouvoir manger, se loger et se vêtir. Il est donc particulièrement difficile dans ces conditions de dépister et de suivre une maladie au stade précoce (14). C'est d'autant plus vrai pour le diabète, affection initialement cliniquement muette en général.

## Approche médicale et sociale

### a) Organisation de la prise en charge médicale

La prise en charge de ces patients doit être globale, multidisciplinaire et tenir compte du contexte médico-psychiatrique et social. Ceci implique un travail en réseau non seulement avec les différentes spécialités médicales (cardiologie, ophtalmologie...) et les médecins généralistes, mais également avec les travailleurs sociaux et les collectivités locales (14).

L'évaluation de la situation sociale reste primordiale non seulement au moment de la prise en charge initiale du patient, mais également lors des consultations ultérieures. Elle reste un outil essentiel pour guider la démarche diagnostique et thérapeutique. Ainsi le médecin devra non seulement connaître les conclusions du travailleur social, mais également avoir lui-même des notions de base concernant la législation en vigueur, notamment en ce qui concerne l'obtention d'une couverture sociale (14).

### b) Communication et éducation dans le contexte de précarité

Nous devons accueillir et considérer le patient en situation précaire comme tout autre patient en tenant cependant compte de sa vulnérabilité aussi bien physique que psychologique. En effet le patient précaire est souvent dans un état de souffrance psychologique. Les états anxio-dépressifs sont fréquents avec sentiment de culpabilité voire de honte, perte de l'estime et de confiance en soi. L'exclusion et l'isolement engendrent dans un premier temps de l'agressivité, puis survient une phase de régression avec repli sur soi-même. C'est à ces stades précoces qu'il faut à tout prix

rétablir le lien brisé. En effet, la prise en charge est beaucoup plus difficile au stade dévalorisation suivie de résignation auxquelles se greffent fréquemment des conduites addictives. Le patient précaire évolue dans une logique propre où la santé n'a pas ou peu de place. La représentation de la maladie est souvent fataliste. Il appartient au médecin de prendre le temps de « reconnaissance de l'autre », de rester à l'écoute et surtout de s'efforcer de ne pas porter de jugement. « Les mots sont des fenêtres ou bien des murs » (16). Il est fondamental d'établir une relation de confiance et de fidéliser le patient en lui proposant initialement des consultations rapprochées tous les mois voire tous les quinze jours.

Le médecin doit répéter et répondre aux vraies attentes du patient en fournissant des réponses précises, des solutions pratiques et concrètes. Il faut faire exprimer au patient ses limites et en tenir compte dans l'établissement de l'objectif diagnostique et thérapeutique. Le projet thérapeutique doit être clair, expliqué et appelé régulièrement.

L'objectif final de la prise en charge des patients précaires ne diffère pas de celui fixé pour d'autres patients diabétiques. On cherche à obtenir un bon contrôle glycémique, lipidique, tensionnel et la suppression de l'intoxication alcool-tabagique dans l'espoir de prévenir les complications. Ces dernières sont dépistées par l'examen clinique et les examens complémentaires habituels (ECG, FO...). Une attention spéciale doit être cependant portée à l'examen dermatologique et en particulier celui des pieds, les pathologies cutanées étant le premier motif de consultation chez les personnes les plus démunies (13, 14). Il est souhaitable de vérifier à chaque consultation la glycémie capillaire et la bandelette urinaire (cétonurie, glycosurie, recherche d'infection urinaire). D'autres examens biologiques peuvent être réalisés au cours de la consultation (HbA1c sur goutte de sang, micro albuminurie sur jet d'urines) facilitant le suivi du malade (13).

L'éducation du patient (définition du diabète, bases d'un régime équilibré, soins des pieds, apprentissage des tests urinaires) reste essentielle pour obtenir son adhésion au traitement et prévenir les complications. Cela a été prouvé par Davidson à Atlanta (USA). Entre 1969 et 1978 près de 15000 sujets diabétiques de type 2, appartenant à la communauté noire ont été éduqués et suivis sans re-

cours aux antidiabétiques oraux. Dans cette population le nombre de comas est passé de 0,04 à 0,009 par patient et par an, le chiffre d'amputations diminuant de moitié (17).

L'instauration d'un traitement médicamenteux nécessite une surveillance non seulement de l'efficacité mais également de la tolérance, les risques iatrogènes notamment celui d'hypoglycémie étant accrus par l'alcoolisme et la dénutrition (13). La délivrance gratuite de médicaments est actuellement possible à l'hôpital. Le prescripteur devra choisir les spécialités les moins chères pour une efficacité comparable dans chaque classe des médicaments. Par ailleurs, il faut privilégier si possible les monoprises quotidiennes et limiter la durée de la prescription afin de revoir régulièrement le patient (14).

Silvana Laurent  
Hôpital Avicenne - Bobigny

1. Chaturverdi N, Jarett J, Shipley MJ, et al. Socioeconomic gradient in morbidity and mortality in people with diabetes: cohort study findings from the Whitehall Study and the WHO multinational study of vascular disease in diabetes. *BMJ* 1998;316:100-5.

2. Koskinen SVP, Martelin TP, Valkonen T. Socioeconomic differences in mortality among diabetic people in Finland: five year follow up. *BMJ* 1996;313:975-8.

3. Gonzales-Villalpando C, Stern MP, Villalpando E, et al. Prevalence of diabetes and glucose intolerance in a urban population at a low economic level. *Rev Invest Clin* 1992;44:321-8.

4. Quibrera-Infante R, Hernandez-Rodriguez HG, Aradilla Garcia C, et al. Prevalence of diabetes, glucose intolerance, hyperlipidemia and risk factors as a function of socioeconomic level. *Rev Invest Clin* 1994;46:25-36.

5. Harris MI, Hadden WC, Knowler WC, Benett PH. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance and plasma glucose levels in US population aged 20-74. *Diabetes* 1987;36:523-34.

6. Harris MI. Non-insulin-dependent diabetes mellitus in black and white Americans. *Diabetes Metab Rev* 1990;6:71-90.

7. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in US adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Diabetes Care* 1998;21:518-24.

8. Harris MI, Eastmen RC, Cowie CC, Flegal KM, Eberhardt MS. Racial and ethnic differences in glycaemic control of adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:403-8.

9. Gonzales-Villalpando C, Stern MP, Arredondo Perez B, et al. The level of metabolic control in low income Mexico City Diabetes Study. *Arch Med Res* 1994;25:387-92.

10. Gonzales-Villalpando ME, Gonzales-Villalpando C, Arredondo Perez B, et al. Moderate to severe diabetic retinopathy is more prevalent in Mexico City than in San Antonio, Texas. *Diabetes Care* 1997;20:773-7.

11. Gonzales-Villalpando ME, Stern MP, Arredondo Perez B, et al. Nephropathy in low income diabetics: the Mexico City Study. *Arch Med Res* 1996;27:367-72.

12. Fatras JB, Goudet B. RMI et santé. Edition DFES. Paris 1993 :1-320.

13. Bouallouche A, Farge D. Diabète sucré et précarité sociale. *Diabétologie et facteurs de risque* 2000 ;45 :376-9.

14. Farge D. Précarité et médecine interne. *Rev Med Interne* 1997 ;18 :687-90.

15. Le Clésiau H, La Rosa E, Robache C, Attali JR, Valensi P. Diabète dans un centre d'examen de santé de la Seine Saint-Denis. Influence de la précarité. Communication écrite. *Alfédiem* 2000.

16. Rosenberg MB. Non violent communication: a language of compassion. Del Mar, CA PuddleDancer Press 1999.

17. Davidson JK. The Grady Memorial Hospital Diabetes Program. In: *Diabetes in epidemiological perspective*: Manne et al., Edinburgh. Churchill Livingstone, 1983,323-41.

## A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

# Prise en charge des troubles comportementaux chez les patients déments

Les démences sont des affections neurologiques se traduisant par des troubles des fonctions supérieures (troubles de la mémoire, des praxies, des gnosies, du raisonnement, du langage) associés à une perte d'autonomie. La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence. Sa prévalence a très nettement augmenté ces 15

dernières années en rapport avec le vieillissement de la population.

Une des complications associées à la démence est la survenue de troubles comportementaux. Il peut s'agir d'une agitation, d'idées délirantes avec une agressivité, ou d'un retrait social, d'une apathie. Ces troubles sont à l'origine



d'une augmentation de la charge de travail de l'entourage, des soignants. Ils peuvent conduire à une institutionnalisation précoce, elle-même à l'origine d'une aggravation de la démence.

L'agitation psychomotrice est fréquente et est très difficile à supporter par l'entourage. Le patient ne tient pas en place : il va, vient, se lève, s'assoit, se relève... Ce comportement peut entraîner un véritable épuisement de la famille. Il existe souvent une recrudescence en fin d'après-midi ou à la tombée de la nuit. Cette agitation a toujours un sens : elle constitue la seule façon dont dispose le patient aux possibilités d'expression réduite, pour exprimer sa colère, sa peur, sa souffrance. Il faut tout mettre en œuvre pour en trouver l'origine. Il peut s'agir d'une douleur physique : dentaire, rhumatismale... que le patient dément ne parvient pas à exprimer. Cette agitation peut traduire un inconfort lié par exemple à des vêtements mal ajustés ou mal adaptés (trop chauds, ou inversement).

Porte-t-il plus souvent sa main à la tête (céphalée), à la bouche (douleur dentaire) à son ventre (constipation, infection urinaire ...) ? Dans ce contexte sont réalisés systématiquement un examen clinique complet, un ECBU, voire un bilan biologique et une radiographie du thorax.

Un facteur iatrogène est parfois à l'origine de troubles du comportement. Ce peut être la prescription intempestive d'une benzodiazépine, d'un anticholinergique, tout médicament pouvant être à l'origine d'un syndrome confusionnel... Le trouble du comportement peut aussi être en rapport avec une surcharge de stimuli. Certaines familles croyant bien faire, imposent à leur dément des activités complexes qui placent le patient dans une situation d'échec.

Cette situation entraîne une angoisse, des manifestations somatiques (accélération des rythmes vitaux) et comportementales (agitation ou apathie).

Les troubles du comportement peuvent être secondaires à une pathologie psychiatrique : dépression, anxiété, hallucinations, idées délirantes. Enfin, la démence elle-même peut être en cause. L'agitation est une façon pour le dément de décharger sa tension nerveuse, pour exprimer ses sentiments d'isolement, de colère et de peur. Devant une telle situation, la contention par la force est parfaitement inutile et totalement inadaptée.

Il est recommandé à l'entourage de rester calme, de ne pas crier ni s'agiter autour du malade. Il est préférable qu'il n'y ait pas trop de personnes autour du dément. Il est essentiel de le laisser s'exprimer verbalement, de ne pas s'opposer ni physiquement, ni verbalement.

On essaiera de détourner l'attention du malade.

Parfois la situation est inverse : le patient reste inactif, amorphe, prostré pendant de longues heures ou même tout au long de la journée. Ces périodes de calme sont parfois appréciées de la famille mais leur persistance est un risque pour le devenir du patient. Il peut ainsi oublier les gestes et automatismes de la vie quotidienne et présenter une importante aggravation de sa démence, perdre toute autonomie. Dans ce cas de figure, il faut veiller à stimuler le patient mais de façon adaptée à son état.

Certaines techniques peuvent aider à la communication avec le dément. On attirera l'attention de la personne avant de lui parler : on s'adressera à lui en l'appelant par son nom, en touchant doucement son bras ou son épaule.

Rappelez-lui en commençant, votre nom et en quelques mots simples qui vous êtes ou quelle fonction vous assurez auprès de lui. Établissez un contact visuel et essayez de le maintenir tout au long de la conversation. Gardez vos yeux à la hauteur des siens en s'asseyant par exemple, s'il est assis.

Quand le patient a du mal à trouver les mots exacts, ne le corrigez pas. Proposez lui deux mots et aidez le à trouver le bon. Sachez ne pas trop insister. Cette incapacité à ne pas trouver le mot juste peut le contrarier et l'irriter.

Pendant que vous lui parlez, diminuez les bruits environnants et tout ce qui pourrait le distraire. Les réunions amicales ou familiales restent possibles, du moins au début de la maladie. Prévenez les personnes présentes. Demandez leur de ne parler qu'à tour de rôle en utilisant des mots simples.

N'oubliez jamais que vous avez à faire à un malade. Essayer de lui expliquer les faits le plus simplement possible. Utilisez des mots précis. Parlez lentement. N'hésitez pas à répéter les choses plusieurs fois en employant les mêmes mots. Évitez les termes abstraits. Parlez clairement d'un ton calme. Sachez toujours faire preuve de la plus grande patience.

Certains patients présentent des troubles du comportement alimentaire. S'il mange trop, on conseillera des repas moins abondants mais plus fréquents (collations) avec des aliments moins caloriques. D'autres mangent très peu ou refusent la nourriture. On recherchera d'abord des problèmes de dentition (appareil dentaire mal adapté...) ou digestifs (constipation). Une alimentation variée, colorée, bien assaisonnée peut stimuler l'appétit du patient.

Dans les formes évoluées, il peut s'agir d'une incapacité à se servir correctement des couverts. On utilisera alors des ustensiles spécialement conçus à cet effet et proposés dans les magasins de matériel médical (vaisselle avec de grosses poignées).

Les activités quotidiennes doivent rythmer la journée du patient. Il est important de ne pas le laisser inactif. Encouragez toujours le patient à en faire le plus possible lui-même. Sachez lui accorder tout le temps nécessaire.

Privilégiez les tâches simples et répétitives. S'il paraît peu motivé pour poursuivre une activité, n'insistez pas. Essayez autre chose. Ne pas le mettre en échec avec des tâches trop complexes qu'il serait incapable d'effectuer.

L'aménagement de l'environnement peut également contribuer à apaiser le dément : pièces spacieuses, fauteuil confortable, température de la pièce, musique et luminosité non agressives, présence d'un jardin, de verdure. On encouragera les promenades.

En cas d'inversion du rythme nyctéméral, l'épuisement de l'entourage est important et rapide, surtout si la même personne s'occupe du patient le jour et la nuit. Le patient dort ou somnole le jour et demeure plus ou moins éveillé la nuit. Il convient de vérifier que rien ne trouble le confort nocturne : bruits, literie en mauvaise état, chambre trop ou pas assez chauffée. Dans la journée il faut éviter les siestes, l'inaction. On proposera des activités physiques adaptées à l'état du patient et susceptibles de le maintenir éveillé.

La prescription de somnifères ne se fera qu'en dernier recours, avec une grande prudence, en raison des effets secondaires et des réactions paradoxales. Ces médicaments doivent toujours être administrés sous contrôle médical. L'entourage ne prendra jamais l'initiative d'instituer un tel traitement.

Devant un état d'agitation aiguë, quand les mesures précédentes sont insuffisantes, certains médicaments peuvent être proposés. On privilégiera les médicaments à demi-vie courte, qui entraînent une sédation faible. Le traitement ne doit pas masquer d'éventuels symptômes somatiques associés (ainsi les neuroleptiques font disparaître les nausées et peuvent retarder le diagnostic de troubles digestifs).

Les carbamates sont généralement bien tolérés. L'efficacité des neuroleptiques est peu importante sur les troubles du comportement. Il existe un taux élevé de non-réponse et leurs effets secondaires sont délétères. En dehors du syndrome extra-pyramidal à l'origine des troubles de la marche, de chutes et d'une grande perte d'autonomie, ils sont surtout à l'origine d'une aggravation sur le plan cognitif et donc d'une aggravation de la démence. Ils doivent être réservés aux hallucinations et aux délires. L'agitation en elle-même n'est pas une indication.

On utilisera alors de préférence les nouveaux neuroleptiques. En cas d'utilisation d'antipsychotique, la nécessité de renouveler le traitement doit être régulièrement réévaluée et il faut toujours tenter de réduire la posologie.

Les benzodiazépines ne sont pas plus recommandables. Elles ne donnent aucun bon résultat à long terme. Elles aggravent les troubles de la mémoire, sont confusogènes, peuvent entraîner une agitation et une agressivité paradoxales. Il ne faut les utiliser que de façon ponctuelle, en choisissant des benzodiazépines de demi-vie courte, et à faible posologie.

Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent être efficace sur l'impulsivité. Les tricycliques sont à déconseiller en raison de leur effet anticholinergique. Les normothymiques ont parfois leur utilité. Ils présentent une alternative aux neuroleptiques. Enfin, chez certains patients les troubles du comportement sont améliorés par les anticholinestérasiques. Leur efficacité est particulièrement notable sur l'apathie.

\*\*\*

Les troubles du comportement sont fréquents au cours de l'évolution de la démence. Une prise en charge adaptée est indispensable afin de ne pas aggraver les fonctions cognitives par la prescription de médicaments délétères. On s'acharnera toujours à rechercher le facteur déclenchant. Les soignants et l'entourage

doivent être formés et sensibilisés à la prise en charge de tels comportements, pour augmenter leur tolérance et leur réaction face à une situation de ce type.

Véronique Marcaud  
Hôpital de Gonesse - Gonesse

#### Références

- 1 - Arnaud-Castiglioni R, Pancrazi-Boyer M.P., Michel B., Combet P. La Mémoire Qui Flanche. Édition Solal. Sept 1995.
- 2 - Mintzer JE, Brawman-Mintzer O (1996). Agitation as a possible expression of generalized anxiety disorder in demented elderly patients: toward a treatment approach. *J Clin Psychiatry*, 57 (suppl 7): 55-63.
- 3 - Lyketsos CG, Steele C, Steinberg M (1999). Behavioral disturbances in dementia. In *Care of the Elderly: Clinical aspects of aging*, Fifth Édition, Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman R, Murphy J (Eds), Baltimore, Williams & Wilkins.

4 - Finkel S (Guest Editor). (1996) Behavioral disturbance un dementia, *Int Psychogeriatrics*, 8 (suppl 3): 215-551.

5 - Cohen CA, Gold D, Shulman K, Wortley J (1993). Factors determining the decision to institutionalise dementing individuals: a prospective study. *The Gerontologist*, 33: 56-67.

6 - Teri L, Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE, Foster NL, Schneider LS, Sano M, Whitehouse P, Tariot P, Mellow AM, Auchus AP, Grundman M, Thomas RG, Schafer K, Thal LJ (2000). Treatment of agitation in Alzheimer's disease: A randomized placebo controlled clinical trial. *Neurology*, Nov14; 55 (9): 1271-8.

7 - Tractenberg RE, Gamst A, Weiner MF, Koss E, Thomas RG, Teri L, Thal L (2001). Frequency of behavioural symptoms characterizes agitation in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, Sept 16, 9: 886-891. McShane R, Keene J, Fairburn C, Jacoby R, Hope T (1997). Issues in drug treatment for Alzheimer's disease. *Lancet*, Sep 20;350 (9081): 886-7.

## ÉTUDE DE CAS

# Docteur, je dois élaguer ma parcelle de forêt !

J'ai fait connaissance de M.R lors de son hospitalisation en unité d'éducation, en mai 1999, il avait 54 ans et 35 ans de diabète. Depuis 1971 il était sous insuline et avait changé très souvent de schéma passant de une à deux, puis trois injections par jour. Depuis 1997 son traitement associait de l'Actrapid® matin et midi, et de la Profil 20® le soir avant le dîner. M.R est marié, il a deux grands enfants, et est professeur de technologie.

Son bilan lors de l'hospitalisation révèle une hypertension artérielle traitée par Trandate® et Odrik® il présente aussi une neuropathie périphérique, pas de rétinopathie ni de néphropathie. Il nous raconte sa vie depuis quelques mois, un long parcours d'angoisse d'une personne qui fait en moyenne 3 hypoglycémies sévères par mois, et de multiples moins graves mais non ressenties. Il nous raconte le retour à la maison en voiture du collègue sans aucun souvenir, l'histoire du portail défoncé, sa femme qui ne dort plus et guette la moindre sueur nocturne signe annonciateur de coma, et les quolibets des adolescents lorsqu'il "perd la face" en cours parce qu'il raconte n'importe quoi, ou a des absences, sans parler des 10 kilos qu'il a pris en 3 à 4 mois. Enfin, l'installation de la spirale infernale des glycémies élevées après resucrage, de l'augmentation des doses de rapide et de la diminution des apports

glycémiques, car l'hyperglycémie ça rend aveugle. Et de plus en plus d'hypoglycémies. M.R n'ose plus conduire sa voiture, se fait arrêter par son médecin et demande une mise en invalidité. Et tout ça avec un taux de HbA1c de 9,7% !

Au cours de l'hospitalisation nous décidons avant tout de dédramatiser et de rassurer. Le schéma d'insuline est modifié pour de l'Humalog® avant les 3 repas et de la NPH Umuline® au coucher, l'objectif glycémique est volontairement fixé autour de 1,8 g/L à jeun, en expliquant l'intérêt d'une telle attitude pour essayer de lui faire retrouver des symptômes d'hypoglycémie.

A sa sortie je revois M.R tous les mois, les améliorations sont lentes mais certaines. Dans les 3 premiers mois, 3 hypoglycémies sévères, mais beaucoup moins d'hypoglycémies modérées. Quelques symptômes d'hypoglycémie sont retrouvés, principalement des fourmillements au bout des doigts, mais pas assez francs, et M.R préfère réaliser 6 à 8 glycémies capillaires par jour. Il a parfaitement compris l'adaptation des doses d'insuline sur un mode anticipatoire et mange des glucides de façon régulière. Il perd 8 kg, son HbA1c diminue à 8,3%. Il se sent beaucoup mieux, il reprend son travail, progressivement il n'y a plus de coma hypoglycémique et j'espace les consultations.

Et puis début 2000, tout recommence, une à trois hypoglycémies sévères tous les quinze jours, le plus souvent en fin de matinée, parfois l'après-midi et une fois pendant la nuit. On revoit les signes annonciateurs (il n'y en a plus), l'auto-surveillance (elle est toujours aussi intensive), l'injection (pas de problème), les doses d'insuline (l'adaptation est toujours faite selon le même principe), l'alimentation (les apports de glucides sont toujours réguliers et semblent suffisants)... Et puis c'est la femme qui dit : « C'est quand tu vas faire du bois ou quand tu bricoles dans la maison ou dans le jardin que tu ne te sens pas bien. ». « Ah bon ! Vous faites des gros travaux en ce moment chez vous ? »

« Et bien oui docteur, je n'ai rien fait l'année dernière avec toutes ces hypoglycémies ! »

Et nous voilà repartis, avec des nouveaux éléments à prendre en compte. L'adaptation des doses, y compris l'arrêt de l'Humalog®, en particulier du matin, n'y font rien. Alors, en plus des adaptations de dose, nous avons bâti patiemment, ensemble, un "barème" par portion de 15 g de glucides (fruit, biscuits, barre de céréales...) pour chaque type d'effort fourni : pour des efforts peu importants (la taille des rosiers par exemple) une portion supplémentaire, pour des efforts plus importants (tonte de la pelouse) 15 g de glucides toutes les 2 heures et enfin pour les gros efforts (la coupe du bois) la fréquence passe à une collation toutes les heures.

La vie n'est pas un long fleuve tranquille pour M.R, mais il a retrouvé une activité normale, au prix certes de contraintes, en particulier lors des gros efforts, une surveillance et une alimentation toutes les heures. Il a encore fait 2 comas hypoglycémiques cet automne lors de la coupe du bois, mais sait parfaitement les gérer, la situation est complètement dédramatisée. Son bilan, fait tous les ans, ne montre aucune évolution des complications, son poids reste stable, et la dernière HbA1c de février 2002 est à 7,1 %.

M.R a fini sa carrière de professeur et est à la retraite depuis septembre 2001, il attend impatiemment la retraite de sa femme avec plein de projets dans la tête, y compris de voyage. Dire qu'il y a 3 ans il n'osait même plus sortir de chez lui. Si, une chose, il n'est pas arrivé à vaincre l'appréhension de l'hypoglycémie au volant, et ne conduit plus, mais qui sait...

Helen Mosnier-Pudar  
Hôpital Cochin - Paris

## L'ÉDUCATION DES DIABÉTIQUES DANS LES GRANDS CONGRÈS INTERNATIONAUX

# Renouveau du DESG de la région Paris - Ile-de-France !

**Nouveau bureau :** Nadine Baclet, diététicienne - Régine Clavery, cadre infirmier - Carmen Flumian, diététicienne - Simone Jean, cadre infirmier - Dr. Monique Martinez - Dorothee Romand, diététicienne - Dr. Dominique Seret-Bégué.

La première réunion de cette nouvelle équipe s'est déroulée le mardi 26 mars en soirée et a rassemblé quarante personnes dans le site exceptionnel qu'est la salle des moulages du musée de l'hôpital Saint Louis. Nous avons eu un aperçu historique du DESG de langue française présenté par Paul Vexiau et Nadia Tubiana, ainsi que les activités de la région Ile de France avec Ghislaine Hoechberg et Nadine Baclet. Le Dr. Lagarde nous a relaté l'expérience et les réalisations du groupe régional : DESG région centre. Après ces différents exemples, nous avons demandé à l'assemblée de se retrouver en petit nombre (6 à 7 personnes) et de nous proposer les thèmes de travail qui les intéressaient particulièrement. Par la méthode du métaplan, nous avons regroupé les différents projets présentés et voici les thèmes qui sont ressortis :

### 1 - Demande de formation

- Les urgences en diabétologie en milieu hospitalier
- Formation avec ethnologue pour les populations étrangères diabétiques
- Insulinothérapie fonctionnelle
- Diffuser l'information dans les autres services non diabétologiques
- Formation des aides soignantes à l'éducation et intégration dans l'équipe

### 2 - Ville-hôpital

- Fiches de liaison ville-hôpital
- Échanges entre infirmières libérales et hospitalières
- Information diététique aux libéraux pour uniformiser les messages

### 3 - Outils pédagogiques

- Fiches éducatives : hypoglycémie, adaptations des doses, soins des pieds, hygiène de vie, activité physique...
- Réalisation d'un film pour la population vietnamienne

### 4 - Éducation : échanges soignants-soignés

- Organiser une table ronde
- École du diabète
- Mener à bien une action / un projet

Certains thèmes ont été retenus et des groupes de travail se sont constitués, si vous désirez les rejoindre contactez la personne ressource du groupe.

#### CRÉATION D'OUTILS PÉDAGOGIQUES

Régine CLAVERY - 01 49 95 68 66/63 78

#### CRÉATION DE FICHES DE LIAISONS VILLE- HÔPITAL

Carmen FLUMIAN - 01 44 12 33 95

#### FORMATION TRANSVERSALE DANS UN HÔPITAL

Monique MARTINEZ - 01 34 53 20 45

#### RECONNAISSANCE DE L'AIDE SOIGNANTE EN MILIEU DIABÉTOLOGIQUE

Dorothee ROMAND - 01 42 49 44 37

Nous vous signalons que le bureau prévoit l'organisation de formations ouvertes à tous sur certains thèmes demandés, la première formation se déroulera après les vacances d'été 2002 et aura pour thème : **Insulinothérapie fonctionnelle**

Nous vous tiendrons au courant !

## 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



# FORMATION DES FORMATEURS

La Session 6, prochaine session de formation

## Où ?

à L'ASSOCIATION REILLE  
34, avenue Reille  
75014 PARIS

## Renseignements pratiques :

Pour toute candidature, nous adresser dès à présent un dossier comprenant un curriculum vitae détaillé, une lettre de motivation et l'avis favorable du chef de service si le candidat exerce en établissement public ou privé

Chaque participant devra fournir 5000 francs par module, non compris ses frais de déplacement et d'hôtellerie.

Le DESG de Langue Française a un numéro d'agrément pour la formation continue. Il est souhaitable que le candidat bénéficie d'une prise en charge financière au titre de la formation permanente, et pour ce faire, il lui appartient de faire dès à présent les démarches nécessaires auprès de son établissement. En cas d'impossibilité, le DESG-LF dispose de bourses que le candidat devra solliciter.

## Quand ?

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

## 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](mailto: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)  
Agnès DELAVAL (Paris)  
Silvana LAURENT (Bobigny)  
Marc LEVY (Nanterre)

Monique MARTINEZ (Gonesse)  
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

IMPRESSION - Imprilith / ZI de l'Orme Brisé - 5, rue de la Croix Blanche Pringy 77310 St-Fargeau-Ponthierry