



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 12 - N° 1
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

Le diététicien reconnu comme acteur de santé ?

Le diététicien, parce qu'il favorise la diffusion et l'application des principes de la nutrition, qu'il guide dans les choix des aliments et qu'il aide à prévenir ou à traiter les conséquences d'une alimentation inadéquate auprès des individus de tous âges et de tous milieux, occupe une place non négligeable dans la promotion de la santé, et participe au bien être des individus. Le diététicien a une activité de thérapeute, d'éducateur, de conseiller, d'organisateur de restauration... Son rôle essentiellement préventif peut s'avérer largement utile aux pouvoirs publics en réduisant significativement les coûts du système santé. Toutefois, l'exercice de cette profession s'effectue-t-il dans les meilleures conditions possibles ? Déjà en 1997, le Rapport Guy-Grand sur l'alimentation en milieu hospitalier, remis au Ministère de la Santé, constatait une « grave insuffisance quantitative des diététiciens, à la formation et au statut par ailleurs incomplet ».

Une présence toujours insuffisante

Il y a 4000 diététiciens en France, dont la moitié en milieu hospitalier et 15% en secteur libéral. Il faut compter un diététicien pour 15000 habitants, alors que la nourriture, de part ses composantes biologiques, sociales, cognitives, affectives et spirituelles, est inhérente à l'humanité. De plus, 20% des diplômés n'exercent pas leur profession ou sont à la recherche d'emploi. En 5 ans, on est passé en moyenne de 1 diététicien pour 196 lits à 1 diététicien pour 185 lits d'hospitalisation ! Certaines régions ne comptent que deux diététiciens libéraux. Même constat pour les DOM-TOM. En Guyane, par exemple, on retrouve que deux diététiciens (Hôpital de Cayenne). Pourtant, il est reconnu que la nature et la qualité de l'alimentation participe au développement des maladies métaboliques comme le diabète et l'obésité. ➔

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**
- Le diététicien reconnu comme acteur de santé ? 1
(N. MASSEBOEUF)
- **VU POUR VOUS**
- Une prise en charge hors du commun du pied diabétique : Unité podologique de la Fondation Hôtel-Dieu du Creusot 2
(M. MARTINEZ - N. BADANA - C. GURNOT - M-A. HÉMON)
- **TESTÉ POUR VOUS**
- Le poids des aliments 4
(C. VANEENSBERGHE - E. CORSET)
- **DIABETE ET PÉDAGOGIE**
- Affirmation de soi en pédagogie de groupe 5
(A-M. DALIX)
- **DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE**
- Diabète de type 2 : l'ADLF prend une part active pour l'amélioration des soins et de l'éducation du patient 7
(N. MASSEBOEUF - S. DUPRÉ)
- **À PROPOS D'AUTRES MALADIE CHRONIQUES**
- Éducation thérapeutique et insuffisance cardiaque : le début d'un partenariat ... 10
(d'après J-B. BOUHOUR - H. LAMBERT)
- **L'ÉDUCATION DES DIABÉTIQUES DANS LES GRANDS CONGRES INTERNATIONAUX**
- Santé-Éducation Paris 2002 : prix DESG de Langue Française 12

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

En effet, si le diabète concerne actuellement 3% de la population française (6 à 10% dans les DOM), l'obésité, qui est le lit de l'insulinorésistance et du diabète de type 2, affecte 10% des adultes et 12% des enfants de moins de 12 ans. Alors, on peut s'interroger : pourquoi a-t-on si peu besoin des diététiciens ? En effet, il existe un nombre plus important (toutes proportions gardées) de psychomotriciens et d'orthophonistes ! Pourquoi l'acte diététique n'est-il pas reconnu ? Pourquoi la consultation diététique n'est-elle pas inscrite à la nomenclature de l'Assurance Maladie ? Les causes sont multiples et concernent en partie les professionnels eux-mêmes dont l'image reste controversée.

Une formation dense, mais trop courte et inadaptée dans le domaine des sciences humaines, politiques et économiques

L'analyse comparative de la formation dans les différents pays d'Europe met très nettement en évidence l'insuffisance de la formation en France, qui comprend 2400 heures d'enseignement et de stage. Au nord, en Irlande et en Hollande, le diététicien bénéficie de 7000 heures de formation initiale ; au sud, en Italie et en Espagne 3500 heures. A quand l'EuroDiet ?

Un statut incomplet

Le statut hétérogène actuel du diététicien est source de nombreux flous juridiques, difficilement conciliables avec une évolution sereine et positive de la profession. L'absence de définition de ses compétences professionnelles le place légalement dans une situation délicate. Un décret de compétence s'avère largement souhaitable, et même essentiel à la clarification de son statut en tant que profession paramédicale. La défense et le développement de cette activité, devant agir dans un contexte de plus en plus concurrentiel (médias, industries agro-alimentaires, médecines parallèles...), requièrent une reconnaissance par les pouvoirs publics de sa place au sein des professions de santé !

Alors...

Un embryon d'espoir émerge actuellement, grâce au Programme National Nutrition Santé (PNNS), qui doit permettre la création de 800

postes de diététiciens de manière progressive sur cinq ans au sein des établissements de soins. Le programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 doit offrir la possibilité de développer les consultations de diététique à l'hôpital. Les réseaux diabète, financés sur décision de l'URCAM et de l'ARH, ont comme priorité de mettre en place l'éducation thérapeutique de groupe en médecine de ville et de financer par forfait l'intervention éducative des

diététiciens. De même, les Maisons du Diabète, au cœur de différentes villes, font confiance au dynamisme des diététiciens.

C'est déjà un début, à nous de persévérer !

*Nathalie Masseboeuf - Diététicienne
Pitié-Salpêtrière - Paris*

*Présidente de l'ALFEDIAM paramédical
Coordonnateur des recommandations : "Prise en charge diététique dans l'organisation des soins aux diabétiques de type 2"*

VU POUR VOUS

Une prise en charge hors du commun du pied diabétique : Unité de podologie de la Fondation Hôtel-Dieu du Creusot

Grâce à une journée de formation et d'observation, nous avons découvert une structure de prise en charge du pied diabétique, originale, efficace et dynamique, privilégiant les soins ambulatoires au sein d'un réseau « podologie » remarquablement bien structuré.

L'unité de podologie du Dr Sylvaine Clavel au Creusot est une structure complémentaire du service de diabétologie, permettant la prise en charge de 50 soins de pieds par semaine. Cette unité de soins externes est ouverte 5 jours sur 7, avec en terme de personnel :

- une infirmière provenant de l'équipe diabétologie (roulement hebdomadaire),
- une aide-soignante,
- un médecin diabétologue présent 1 fois/semaine,
- un médecin podologue présent 1 fois/mois.

Cette structure est épaulée d'un réseau podologie remarquablement organisé :

- l'unité d'hospitalisation de semaine en diabétologie (16 lits) pouvant accueillir un soins de pied aigu ;

- une structure de moyen séjour disponible pour prendre en charge le patient après un séjour de 5 jours maximum en diabétologie. Le séjour peut se prolonger 3 semaines en moyen séjour au sein d'une équipe soignante formée à la prise en charge du pied diabétique par les soignants du Creusot eux même ;
- un relais par l'infirmière libérale en ville, également formée à la prise en charge du pied diabétique, travaillant en étroite collaboration avec l'unité de podologie, avec dans certains cas une participation effective à la vie de l'unité (réunions...).

Un réseau de communication très efficace permet aux différents intervenants de communiquer autour du patient, des consultations en unité de podologie sont organisées à la demande des infirmières libérales, un « carnet de correspondance » permet la transmission de l'information entre la ville et l'hôpital.

Ce carnet précise en particulier l'état initial du pied par un schéma explicite, le protocole de soins utilisé, son suivi...

Au sein de l'unité de podologie, nous avons été accueillis par l'équipe soignante ainsi que par le Dr Bodard, podologue, venant consulter 1 fois/mois et mettant au point les semelles indispensables au patient à haut risque orthopédique. Les semelles sont en plastazote thermoformable. Elles permettent une augmentation de la surface portante de 1/3. Leur coût s'élève à 800 F (remboursement SS 100% de 196 F, le complément pris en charge par les mutuelles). Leur durée est d'environ 1 an.

L'objectif de ces semelles thermoformables est d'augmenter la surface portante par un moulage de tout le pied, réduisant la pression et isolant le pied de la chaussure. Leur efficacité semble remarquable dans la prévention du mal perforant plantaire. L'empreinte s'effectue sur le pied du patient protégé en cas de plaie par un pansement fin. Le patient est revu à 1 mois, la semelle en plastazote s'est alors tassée mais reste tout aussi efficace. La durée d'utilisation conseillée est de 1 an. La tolérance semble excellente, aucun cas d'allergie n'ayant été constaté en 20 ans de recul.

Nous avons pu observer différents patients en cours de soins de pied, pour lesquels un court résumé clinique nous était fourni par l'équipe soignante. Surprenante mais très intéressante, la technique de momification par séchage à l'air ou au ventilateur nous a été détaillée. Le principe se résume à éviter la macération et la charge du pied. Le pied est donc exposé à l'air libre ou au ventilateur 30 à 60 mn avant le soin infirmier, aussi bien à l'hôpital qu'au domicile du patient. Il n'existe aucun protocole global mais une prise en charge au cas par cas. Les techniques de pansements sont minimalistes, avec en particulier le soin de ne pas déborder de la plaie afin de protéger les territoires sains.

Les interventions des soignants sont prudentes, méticuleuses, le moins agressives possible : nettoyage, lavage, sondage de la plaie avec un cathon à la recherche d'un pertuis, détersion très prudente en évitant de faire saigner la plaie pour ne pas couper une voie de circulation nourrissant un territoire. Plusieurs produits sont utilisés : sucre, miel, insuline (aidant au bourgeonnement de la plaie), bétadine gynécologique (utilisée pour son PH plus actif sur les germes anaérobies), très peu d'hydrocolloïdes, parfois des antibiotiques locaux de courte durée (15 jours de Bactrim ou Gentamycine), ainsi que divers essais

sur les facteurs de croissances... Le pied est surtout exposé au séchage à air ambiant ou ventilation. N'existant aucun consensus international concernant la prise en charge du pied diabétique, aucune technique n'est exclue et il convient de s'adapter au cas par cas. A noter l'absence de prélèvement locaux à visée bactériologique, la biopsie osseuse étant seule considérée comme fiable mais beaucoup trop agressive. L'antibiothérapie, quand elle s'avère nécessaire, est probabiliste à large spectre.

Sur les nécroses distales du pied neuropathe, la technique de momification est proposée au patient : l'évolution naturelle de la nécrose avec chute du fragment nécrosé après plusieurs mois permet très probablement de limiter l'amputation et d'éviter des chirurgies successives et des plaies non cicatrisables. Cette prise en charge moins agressive n'est envisageable qu'avec des équipes d'infirmières à domicile formées, permettant de limiter au strict minimum le séjour hospitalier. Le délai peut s'avérer très long (>9 mois) mais l'aboutissement final semble plus conservateur (par ex : chute d'une première phalange au lieu d'une exérèse complète d'orteil...). Nous avons pu observer une chute d'orteil durant notre séjour, l'épiderme au niveau de la section étant effectivement en voie de reconstitution, celle-ci ayant débuté bien avant la chute.

Après avoir longuement visité l'unité de podologie, l'équipe soignante nous a présenté les outils pédagogiques utilisés dans la prévention, avec un message résumé en trois items principaux :

- **Vue** : vous avez des pieds,
- **Fragilité** : vous n'avez plus de sonnette d'alarme,
- **Protection** : il faut trouver la bonne chaussure.

Un travail éducatif collectif est organisé par l'intermédiaire d'un jeu de carte ludique remarquablement instructif : le soignant propose des familles de cartes de couleurs variées dont chacune correspond à une caractéristique de la chaussure (Ex. : le jaune pour la semelle avec plusieurs cartes jaunes ayant chacune une forme de semelle différente. Chaque carte possède au verso un N° correspondant à ses avantages ou inconvénients). Les différents items sont représentés :

- forme de la chaussure (pointue, arrondie, carrée...),
- semelle (caoutchouc, cuir...),

- talon (plat, aiguille...),
- consistance extérieure (cuir, plastique, tissu...),
- consistance intérieure (tissu, lainage, cuir, plastique...).

Une fois la chaussure du patient identifiée, il retourne les cartes et étudie les chiffres correspondants aux risques encourus :

- mycoses,
- corps étrangers,
- échauffement,
- hyperkératose,
- ampoules,
- coupures,
- lombalgies...

Ce jeu très ludique permet une prise de conscience des risques encourus par le patient avec ses propres chaussures. Il n'y a qu'à espérer que cet outil pédagogique puisse un jour être diffusé...

Pour clore cette journée riche en apprentissages, Mme le Dr Clavel, diabétologue, responsable du service de diabétologie et de l'unité de podologie, nous a présenté une série de diapositives concernant les troubles trophiques podologiques chez le patient diabétique, en soulignant leur fréquence, 5 à 15% des patients diabétiques, leur terrain : 90% neuropathes (dont 50% mixtes neuropathes vasculaires) et 10% de macroangiopathes. Son remarquable exposé s'est attardé sur la notion du « pourquoi » de l'évolution parfois dramatique de ces troubles trophiques, notion étayée par les items suivants :

- **Le Silence** : lésions indolores.
- **La Négligence** : seulement 15% des pieds de diabétiques sont examinés en consultation.
- **L'Ignorance** : ex : 70% de la surface portante du corps en cinétique se retrouvant sur la première tête métatarsienne, son exérèse entraîne une atteinte sévère de la statique du pied conduisant à l'apparition d'un mal perforant plantaire en l'absence de décharge.
- **La Banalisation** : évolution dramatique de micro-traumatismes par corps étrangers contenus dans les chaussures, hyperkératose aux points d'appui, mycoses interdigitales...
- **L'Impatience du soignant** : refus du présent actuel difficile à supporter malgré la possibilité d'un futur meilleur.

Les mots de la fin soulignent l'intelligence des soignants animant cette structure :

- lutter contre tout traumatisme,
- n'exclure aucune technique de soins,
- s'adapter au cas par cas.

En conclusion, nous ne pouvons que rendre hommage à cette structure éducative du pied du patient diabétique, à la motivation de ses soignants, leur rigueur et leur esprit d'initiative ainsi qu'au réseau podologie hôpital-moyen séjour-domicile remarquablement fonctionnel. Un bel exemple d'aboutissement d'une structure d'éducation grâce à la persévérance d'une équipe très motivée.

Monique Martinez, Nathalie Badana,
Christine Gurnot et Marie-Annick Hémon
Centre Hospitalier de Gonesse

TESTÉ POUR VOUS

“Le poids des aliments”

par les laboratoires KNOLL FRANCE*

Analyse critique du document élaboré par Knoll pour les soignants, suite à la commercialisation du Sibutral® (médicament renforçant la satiété, destiné aux patients obèses ou en surpoids avec facteurs de risque : diabète de type 2, dyslipidémie).

Avantages

Les photographies sont agréables et illustrent clairement, pour une équivalence énergétique, la comparaison attendue entre :

- * des aliments peu denses en énergie donc sous un volume conséquent,
- * et ceux, au contraire, riches en lipides et/ou en glucides, de densité énergétique importante qui, sous un faible volume procurent un effet satiétogène faible.

Parmi les facteurs impliqués dans la régulation de la prise alimentaire, le volume ingéré et la densité énergétique

jouent, en effet, un rôle prépondérant, ce qui est parfaitement visualisé ici.

La taille des portions est bien représentée, même si le grammage est parfois excessivement précis.

Inconvénients

Il est essentiel d'accompagner l'illustration par une information nutritionnelle adaptée. La teneur en lipides (9 kcal/g) est fortement liée à la densité énergétique (kcal/100g).

Ainsi, plus un aliment est riche en lipides, donc dense en énergie, meilleure est sa palatabilité et plus faible est son pouvoir satiétogène. Il serait donc utile d'accompagner les photographies d'une explication concernant les lipides et le bénéfice d'en limiter l'apport, trop sou-

vent excessif sous forme de produits industriels, trop gras et/ou sucrés.

Les tableaux quantitatifs des différents nutriments présentent, à l'opposé, un message peu clair pour la majorité des patients et ne sont donc pas indispensables.

Le document élaboré par Knoll est un bon outil visuel qui permet de concrétiser la notion de densité énergétique sous forme de portions d'aliments. Cependant, cette notion ne peut être clairement comprise que si elle est accompagnée d'une information sur la composition en lipides des aliments. Ce message est d'autant plus important qu'il s'adresse à des patients ayant des facteurs de risque (diabète de type 2, dyslipidémie).

Céline Vaneensberghe - Emmanuel Corset
GH Pitié-Salpêtrière - Paris



Repas à apport énergétique comparable de 600 Kcal - Visualisation du premier coup d'œil de deux repas : - l'un volumineux, varié, équilibré, - l'autre réduit en volume, trop riche en lipides, déséquilibré.

Pour un apport énergétique comparable (600 Kcal) ...

" J'ai bien mangé... "

Nom de l'aliment	Poids de la portion (g)	Energie (Kcal)	Glucides (g)	Lipides (g)	Protéines (g)	% de l'apport énergétique total
Tomates + 1 cuillère à soupe d'huile	107,25	84	3,5	7,54	0,8	14,3
Filet de cabillaud	100	97	0	1	22	16,5
Sauce crème fraîche (12% MG) + ciboulette	30	49	0,9	4,5	0,6	8,4
Riz blanc	150	178,5	39,5	0,3	3,5	30,5
Haricots verts	150	36	7	0,3	3,5	6,2
1 cuillère à soupe de mayonnaise	7,25	65	0	7,24	0	11,1
Salade de fruits frais	150	77,2	16	0,8	1,5	19
Total	694,3	586,7	66,9	21,7	31,9	100

" Je n'ai pas beaucoup mangé... "

Nom de l'aliment	Poids de la portion (g)	Energie (Kcal)	Glucides (g)	Lipides (g)	Protéines (g)	% de l'apport énergétique total
Riz blanc (2 tonnes)	30	135	28	0,3	4	21,6
Emmental	30	113	0	8,5	9	18
Roquefort	30	111	0	10	5,5	17,8
Camembert	30	85	0	6,5	6,5	13,6
Crème au chocolat	125	181	26	6	6	29
Total	265	625	54	31,5	31	100

5

* Coordonnées du laboratoire fournissant le document : Laboratoires Knoll France 49, avenue Georges Pompidou 92593 Levallois-Perret Cedex

Affirmation de soi en psychothérapie de groupe

La notion d'affirmation de soi est relativement récente. Alberti et Emmons qui ont écrit le premier ouvrage référencé sur ce thème en 1970 la définissent ainsi :

« C'est un comportement qui permet à une personne d'agir au mieux de son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres ».

On conçoit l'intérêt de l'acquisition de ce type de comportement pour des patients présentant une fragilisation psychologique, quelle qu'en soit l'origine, primitive ou réactionnelle à un événement douloureux, comme peut l'être la confrontation à une maladie chronique.

C'est pourquoi il nous est apparu important de rapporter ici l'évaluation de notre expérience d'utilisation d'outils d'affirmation de soi, dans des groupes de psychothérapie de développement personnel.

Ces groupes sont animés, dans le cadre d'un cabinet privé, par deux psychothérapeutes, de formation cognitivo-comportementale pour l'une, psychoanalytique et hypnothérapeutique classique et ericksonienne pour l'autre.

Les sujets sont recrutés majoritairement parmi des patients suivis en psychothérapie individuelle auxquels il est proposé, à un moment jugé opportun, de participer à un groupe d'affirmation de soi, pour une meilleure évolution personnelle.

L'ensemble de la thérapie se déroule sur dix séances de trois heures, en soirée, tous les quinze jours. Des évaluations psychométriques sont réalisées à l'aide d'auto-questionnaires validés (Cf tableau 1), lors de la première et de la dernière séances. Par la suite, un suivi mensuel est assuré pendant 2 à 3 mois.

L'approche thérapeutique est basée sur le principe de l'exposition et de l'approche cognitive

* *L'exposition* est simulée par des jeux de rôle utilisés au cours de l'entraînement aux habiletés sociales, où chaque sujet est sollicité au cours d'une séance. Le travail sur le développement des habiletés sociales est constitué d'une série d'apprentissages :

- * faire un compliment et recevoir un compliment (renforcement positif),
- * faire des demandes et des refus,
- * faire des critiques et recevoir des critiques,
- * recevoir une attaque de colère,
- * parler en public,
- * entrer en relation avec des inconnus,
- * prendre conscience du discours non verbal et le modifier,
- * exprimer ses sentiments et ses émotions,
- * reconnaître et pratiquer d'une manière adaptée les attitudes sociales suivantes : assertivité, inhibition, agressivité, manipulation.

L'acquisition de comportements adaptés s'effectue à l'aide :

- * de ces jeux de rôle mettant en scène des situations de la vie quotidienne,
- * de prescriptions de tâches à réaliser entre les séances.

* **L'approche cognitive** permet d'étudier les pensées automatiques et les émotions associées survenant dans des interactions sociales, puis de les modifier en mettant en évidence des schémas comportementaux et des postulats de base.

Le travail sur les cognitions souligne l'importance de l'interprétation personnelle des événements et aide les sujets à changer leurs pensées pour modifier émotions et comportements qui, selon la triade de Beck, sont empreints de considérations négatives dirigées vers soi, le monde extérieur et le futur.

C'est à partir d'expériences vécues que les participants identifient leurs pensées automatiques et leurs émotions qu'ils rapportent dans un tableau approprié.

Pour la restructuration cognitive, le groupe entier participe à l'identification des pensées automatiques irrationnelles et à la recherche de pensées alternatives rationnelles.

La structure de groupe réalise une expérience de socialisation où l'interaction entre les sujets est privilégiée. Elle permet de créer, pour un sujet donné, diverses situations d'exposition très réalistes mais aussi très contrôlables, par exemple, pour les patients phobiques sociaux, un environnement à potentialité anxiogène... →

Tableau 1 : Échelles d'évaluation psychométriques utilisées

Échelle ou questionnaire	Dimensions évaluées
Social Anxiety Scale de Leibowitz	24 items : - 12 sur l'anxiété sociale - 12 sur des situations de performance 2 sous scores : anxiété, évitement
Inventaire de dépression de Beck BDI-13	13 items : sévérité de la dépression
Mesure des troubles de l'humeur SCL 90 de Derogatis	90 items 9 sous échelles : dépression, somatisation, obsession, sensibilité, anxiété, hostilité, phobie, paranoïa, psychose
Échelle d'affirmation de soi de Rathus	30 items : note globale d'affirmation du soi

Pendant les exercices et les échanges, nous encourageons les décharges émotionnelles qui se présentent, afin de faire accéder les sujets à leurs schémas comportementaux, voire à leurs postulats de base.

L'exposition aux problèmes de chacun entraîne une prise de conscience pour tous que leurs problèmes ne sont pas uniques. Enfin, le progrès des autres est stimulant.

Notre étude a porté sur 19 patients répartis en trois groupes de 5 à 12 personnes. Il s'agit de 13 femmes et 6 hommes, pour la moitié célibataires, de niveau socio-culturel varié (bac à bac plus 2) Les troubles identifiés se répartissent comme suit (certains sujets pouvant présenter plusieurs troubles associés) :

- * 11 phobies sociales (de modérées à majeures) dont 3 eueutophobies,
- * 4 névroses d'angoisse,
- * 4 anxiétés généralisées,
- * 3 troubles du comportement sexuel,
- * 3 troubles obsessionnels compulsifs,
- * 3 états limites,
- * 2 troubles du comportement alimentaire.

Résultats :

1) Échelle de Leibowitz

Les réponses obtenues au niveau de l'anxiété et de l'évitement sont synthétisées dans le tableau 2.

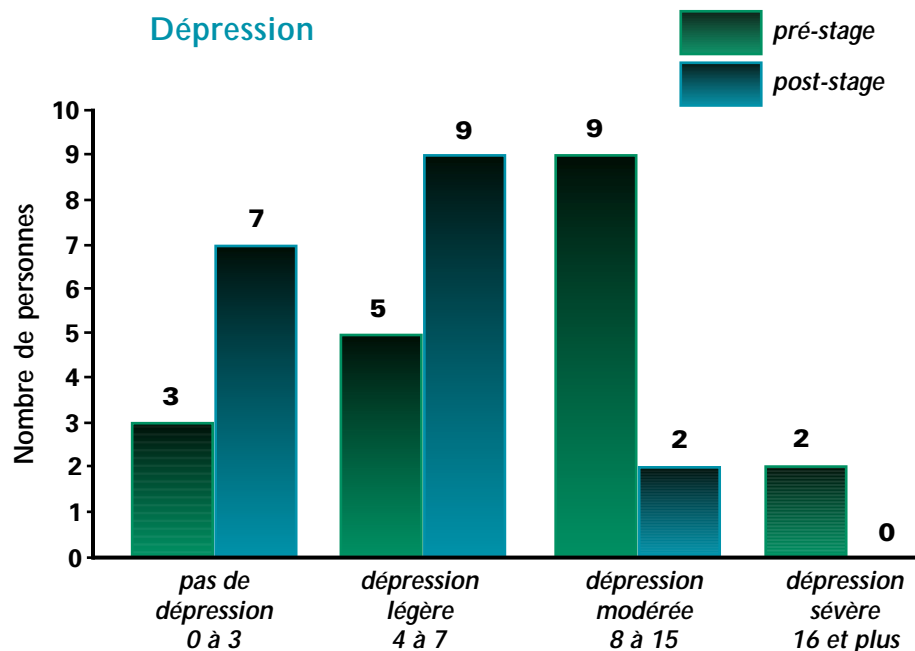
Tableau 2 : Résultats sur l'évaluation de l'anxiété sociale.

Réponses	Items ANXIÉTÉ Nombre de patients (%)	Items ÉVITEMENT Nombre de patients (%)
Amélioration > 30%	6 (33%)	3 (18%)
Amélioration de 10 à 30%	7 (39%)	10 (59%)
Amélioration <10%	2 (10%)	3 (17%)
Aggravation	3 (17%)	1 (6%)

Il apparaît que l'anxiété est diminuée chez 72% des patients et les évitements chez 77%.

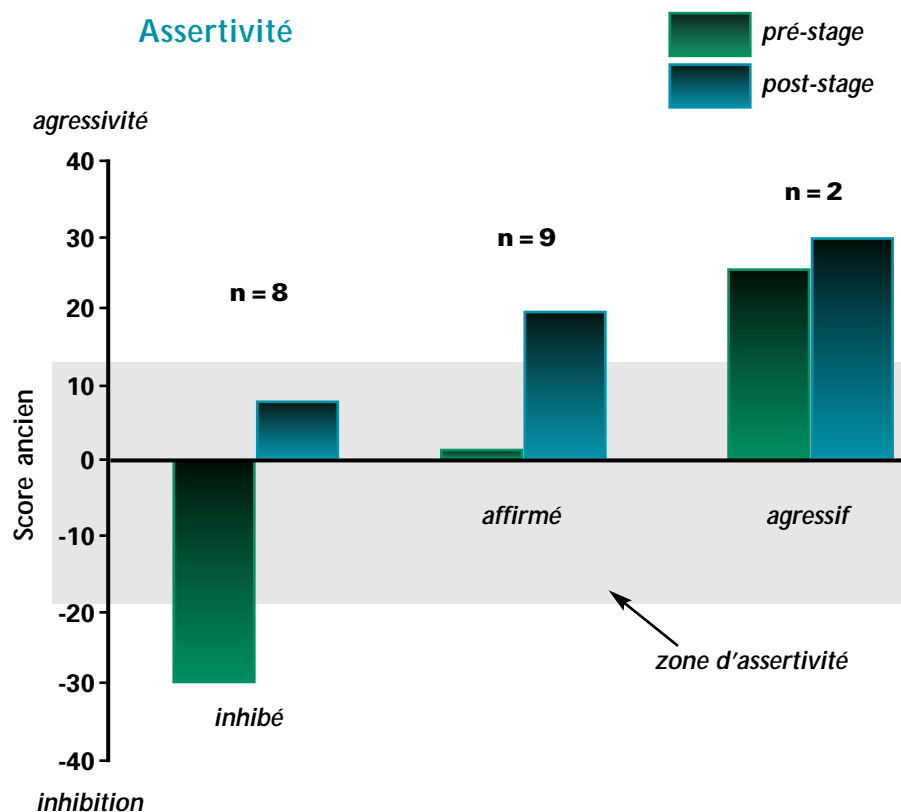
2) Inventaire de dépression de Beck (figure 1)

Sur l'ensemble de la population, la moyenne des scores de sévérité de la dépression passe de 8,7 à 4,3, témoignant d'une nette amélioration. De plus, en comparant les résultats obtenus avant et après le stage, on note une évolution de la répartition des patients avec prédominance des sujets indemnes ou atteints de formes légères.



3) Échelle d'affirmation du soi de Rathus (figure 2)

Cette échelle permet d'apprécier le niveau d'assertivité en fonction des scores obtenus. On peut ainsi définir des profils inhibés, affirmés ou agressifs. A la suite du stage, il apparaît là encore une nette modification dans notre population par rapport à la situation de départ : les 8 patients inhibés sont devenus plus affirmés, les 9 peu affirmés ont beaucoup augmenté leur assertivité, enfin les 2 agressifs n'ont pas évolué.



4) Appréciation des troubles de l'humeur par le SCL 90

La plupart des sujets présentaient à l'inclusion des troubles de l'humeur modérés. Les scores obtenus dans les 9 sous-échelles sont plus bas après le stage, avec une amélioration dans 95 % des cas (tableau 3)

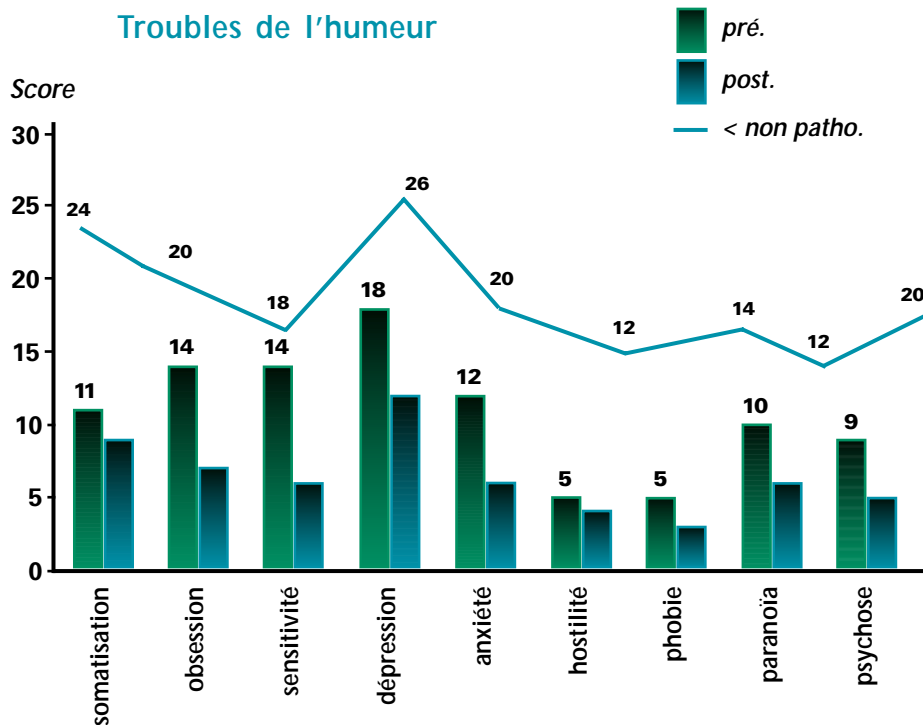
En conclusion, les résultats de l'utilisation d'outils d'affirmation du soi et de restructuration cognitive dans un groupe psychothérapeutique sont positifs dans cette évaluation psychométrique, confirmant les données subjectives déjà rapportés dans certaines observations. On peut espérer que ces résultats favorables se maintiendront dans le temps comme l'ont montré quelques études déjà publiées dans ce domaine (Heimberg 1993; Turner, 1995). Il faut enfin souligner l'intérêt de la structure de groupe pour utiliser de manière optimale ces stratégies d'efficacité reconnue, mais aussi pour permettre aux patients de sortir de l'isolement social, et surtout de partager de manière motivante et renforçante les succès qui suivent l'application du programme d'apprentissage.

Anne-Marie Dalix

Tableau 3 :

Évolution du score du SCL90 après le stage

% de sujets	Changement du score total
37	Diminution non significative
58	Diminution significative
5	Pas de changement



DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE

Diabète de type 2 : l'ADLF⁽¹⁾ prend une part active pour l'amélioration des soins et de l'éducation du patient

Un long parcours

En 1999, le diabète apparaît enfin comme un enjeu très important pour la santé publique. Son coût est en grande partie imputable aux complications, qui pourraient être évitées ou retardées par un contrôle de la glycémie et des autres facteurs de risques cardio-vasculaires. Les pouvoirs publics en France ne s'y sont pas trompés : les recommandations diverses de la Direction Générale de la Santé, de l'Agence du Médicament, la Caisse d'Assurance Maladie, du Haut

Comité de la Santé Publique, et de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), sont là pour en témoigner et impliquent la contribution, dans un programme de prévention, de tous les acteurs de santé.

Dans les recommandations professionnelles de l'ANAES (mars 2000), l'alimentation apparaît comme le premier aspect de la prise en charge du diabétique de type 2 : « ...une diététique appropriée est la clef de voûte de la prise en charge thérapeutique du diabète de type 2... ». L'objectif est d'aider le patient à modifier, si nécessaire, son

comportement alimentaire, grâce à une éducation diététique progressive et personnalisée. Les auteurs précisent que faire appel à un diététicien ou un nutritionniste est utile. L'éducation diététique doit être réalisée de préférence par des personnels initiés aux techniques pédagogiques et formés à la diététique.

L'organisation d'un séminaire par l'URCAM de Franche-Comté a mis en évidence ou plutôt a officialisé les difficultés liées à cette prise en charge diététique. Pourtant, si le diabète concerne actuellement 3 % de la population française (2 à 3 fois plus dans les DOM), l'obésité affecte 10 % des adultes et 12 % des enfants de moins de 12 ans.

Aussi en 2000, l'Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF) décide de proposer des solutions pratiques et concrètes dans le document « **Prise en charge diététique dans l'organisation des soins aux diabétiques de type 2** », dans le but de :

- Positiver l'image du diabète et du diabétique dans la société par des informations adaptées et consensuelles.
- Favoriser la formation et la coordination des intervenants auprès du patient.

- Améliorer l'éducation des patients :
 - par une reconnaissance de l'acte d'éducation,
 - par un meilleur accompagnement du patient,
 - par une meilleure accessibilité aux structures d'éducation pluridisciplinaires.

Ce document s'inscrit alors dans la suite logique des recommandations de la Conférence Nationale de Santé (juin 1998) : le diabète de type 2 doit bénéficier de mesures particulières sur le plan de la prévention, du dépistage, du suivi clinique et thérapeutique. Les diététiciens ont pour objectif de :

- Proposer un cahier des charges assurant une chaîne pluridisciplinaire qui coordonne leurs différentes interventions.
- Améliorer l'éducation du patient notamment par une meilleure formation diététique de tous les professionnels.
- Insérer l'acte éducatif en diététique dans la nomenclature au sein de programmes planifiés d'éducation.

L'éducation diététique du patient est donc au centre du dispositif et nécessite l'implication de tous les acteurs médicaux et paramédicaux. Il s'agit, alors, de définir les modalités et les critères de qualité de cette éducation diététique.

Ainsi ce document s'associe parfaitement à la circulaire de la Direction Générale de la Santé/Direction des Hôpitaux (mai 1999), relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, qui encourage à :

- Promouvoir la nécessaire pluridisciplinarité de la prise en charge des diabétiques de type 2, à garantir à tous les patients une égalité d'accès à des soins et à assurer la graduation, la coordination et la continuité des soins par la continuité de réseaux de soins.
- Faire développer l'éducation pour la santé, individuelle et collective, préférentiellement à la multiplication des actes médicaux de nature descriptive, à l'intérieur des établissements hospitaliers publics et privés.
- Introduire des indicateurs de qualité de résultats obtenus qui soient utilisables par chaque patient, et qui, analysés globalement et confidentiellement, puissent à terme renseigner chaque médecin, chaque

structure et chaque aire géographique sur les résultats moyens obtenus.

Pour atteindre ces objectifs, l'ADLF propose un certain nombre de mesures concrètes, articulées autour de six axes :

- 1 - Obtenir une organisation efficace entre les professionnels.
- 2 - Définir des objectifs et une stratégie d'éducation diététique.
- 3 - Planifier un programme d'éducation diététique.
- 4 - Garantir aux professionnels une formation continue.
- 5 - Assurer la qualité des pratiques professionnelles autour du patient.
- 6 - Évaluer l'efficacité de cette nouvelle organisation.

Ce document est remis au groupe de travail Projet-Diabète au niveau du ministère de la Santé.

Des espoirs ?

En juin 2000, le Haut Comité pour la Santé Publique a remis ses recommandations pour une politique nutritionnelle. Ce document est à la base du Programme National Nutrition Santé (PNNS 2001-2005) publié en janvier 2001, dont l'objectif est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur le déterminant nutritionnel. Il vise notamment la réduction de 20% de la prévalence de l'obésité de l'adulte et l'arrêt de la progression de celle de l'enfant.

En novembre 2001, Monsieur le Ministre délégué à la santé B. Kouchner annonce le programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, à savoir :

- Prévenir le diabète par le développement d'une politique nutritionnelle.
- Renforcer le dépistage.
- Garantir à tous les diabétiques une qualité de soins.
- Améliorer l'organisation des soins.
- Aider les patients à être acteurs de leur santé.

Ce programme rejoint le PNNS : restauration scolaire, information grand public, guide alimentaire pour les professionnels, campagne nutritionnelle, actions de proximité... Il prévoit également le développement ou le renforcement des consultations de diététique ou de nutrition dans les hôpitaux et le dé-

veloppement des réseaux de soins financés sur décision de l'URCAM et de l'ARH. La priorité est donnée à la mise en place d'éducation thérapeutique de groupe en médecine de ville, qui pourra dorénavant financer par forfait l'intervention éducative des médecins, des diététiciens et des podologues. De même, pour aider le patient à être acteur de sa santé, des moyens personnels seraient attribués pour les services à orientation en diabétologie, qui souhaitent développer une éducation thérapeutique en ambulatoire.

Si l'éducation diététique de base est ou doit être assurée par le médecin généraliste ou spécialiste de ville, responsable de la prise en charge du patient, il en demeure pas moins que le diététicien, quel que soit son secteur d'activité, reste le professionnel le plus à même pour apporter des conseils pratiques et une aide au patient. Ceci dans une perspective réaliste et vivable de changement de comportement des habitudes alimentaires. Il s'agit d'une véritable éducation thérapeutique en partenariat avec l'ensemble de l'équipe soignante au sein des structures d'éducation hospitalières et/ou des réseaux de soins.

Nathalie Masseboeuf
GH pitié-Salpêtrière - Paris
Stéphane Dupré
CoFoRal - Lille

1 - Association des Diététiciens de Langue Française - 35, allée Vivaldi, 75002 Paris
Tél. 01 40 02 03 02 - Fax 01 40 02 03 40

Les recommandations : quelques extraits

Axe 1 : Obtenir une organisation efficace entre les professionnels

Il est donc nécessaire qu'un ou plusieurs diététiciens libéraux soient membres du réseau. Ce diététicien assure, en collaboration avec le médecin généraliste, la prise en charge diététique du patient. Par conséquent, il est nécessaire que les diététiciens libéraux soient disponibles et puissent s'impliquer dans cette activité, malgré un faible nombre de professionnels, mais suffisant dans un premier temps.

Les différentes Maisons du Diabète restent en lien avec les autres structures médicales existantes.

Elles sont des lieux d'éducation. Des locaux spacieux permettent la mise en place de séances collectives d'éducation par un binôme diététicien/infirmière.

Axe 2 : Définir des objectifs et une stratégie d'éducation diététique

Il s'agit de mettre en place des ateliers destinés à évaluer des attitudes (comportements), s'appuyant sur des connaissances, le raisonnement, la résolution de problème et la prise de décision.

La mise en situation pratique semble la plus efficace : les outils pédagogiques appropriés sont les aliments factices et des emballages, pratiques et ludiques, voire de vrais aliments.

En regard des recommandations de l'ANAES, les thèmes à aborder sont :

- 1 - Apprendre à faire des repas équilibrés.
 - 2 - Limiter les matières grasses ; choisir les bonnes.
 - 3 - Reconnaître les aliments très hyperglycémiant.
 - 4 - Décrypter les étiquettes.
 - 5 - Alléger les recettes.
 - 6 - Manger pour ne pas « craquer ».
- Néanmoins, d'autres thèmes peuvent être traités en fonction des besoins des patients.

Axe 3 : Planifier un programme d'éducation diététique

C'est pourquoi il faudrait envisager un forfait d'éducation pour tous les patients diabétiques de type 2 : il s'agit d'un forfait d'éducation complet d'éducation diététique.

L'accès pour tous les patients, à toutes les structures de soins, doit primer sur d'autres considérations.

Néanmoins, tout réseau de soins peut proposer une graduation de prise en charge diététique, en regard des structures et moyens humains disponibles, et des objectifs thérapeutiques et pédagogiques pour chaque patient : il s'agit d'une graduation de prise en charge diététique par niveau d'éducation (exemple dans le schéma 1).

Axe 4 : Garantir aux professionnels une formation continue

La formation a pour but de :

- ★ Situer la prise en charge alimentaire comme un soin à part entière.
- ★ Actualiser les connaissances sur le fonctionnement du comportement alimentaire.
- ★ Identifier la place des facteurs psychologiques et sociaux dans les conduites alimentaires.
- ★ Se familiariser avec les techniques d'entretien diététique.

Pour cela, le diététicien doit donc acquérir des nouvelles compétences en éducation thérapeutique :

- ★ Reconnaître les éléments spécifiques d'une approche centrée sur le patient et l'apprenant.
- ★ Reconnaître les différences entre son expérience et ses pratiques éducatives usuelles.
- ★ Décrire les avantages et les limites de ses compétences.
- ★ Recenser les ressources nécessaires pour une telle approche thérapeutique centrée sur le patient dans son propre environnement, même s'il existe des contraintes et des obstacles.
- ★ Ébaucher un plan d'action personnel, pour développer une éducation thérapeutique centrée sur le patient et l'apprenant, dans leur milieu professionnel.

Axe 5 : Assurer la qualité des pratiques professionnelles autour du patient

Action n° 3 : Assurer la qualité de l'éducation diététique centrée sur le patient

Référence 6 : La prise en charge diététique prend en compte les besoins du patient

- ★ Les habitudes alimentaires sont évaluées lors du premier entretien.
- ★ Le patient est invité à exprimer ses intérêts, ses préoccupations et ses besoins d'informations.

Référence 7 : Les objectifs éducatifs s'articulent autour des besoins du patient

- ★ Les objectifs éducatifs tiennent compte du besoin de savoir du patient.

- ★ Les objectifs éducatifs tiennent compte du vécu du patient, de son état émotionnel, de l'acceptation de la maladie.
- ★ Les objectifs éducatifs tiennent compte des connaissances et des représentations du patient.
- ★ Les objectifs éducatifs tiennent compte des obstacles socioculturels et environnementaux du patient.
- ★ Les objectifs éducatifs tiennent compte des valeurs, intérêts, désirs et projets du patient.

Axe 6 : Évaluer l'efficacité de cette nouvelle organisation

L'évaluation de cette nouvelle organisation de prise en charge éducative doit être périodique. Elle concerne :

- ★ Les modalités de prise en charge :
 - coordination avec les autres professionnels, accès pour le diététicien au dossier médical partagé ;
 - qualité de l'éducation diététique : compétences professionnelles, méthodes et moyens pédagogiques.
- ★ Les bénéfices observés en termes de résultats bio-cliniques et médico-économiques.
- ★ Les bénéfices observés en terme de satisfaction et de qualité de vie du patient.
- ★ La satisfaction du patient.

Recevez
régulièrement

**DIABÈTE
ÉDUCATION**

Le journal du
DESG de langue
française

Formule
d'abonnement
pour 1 an : 10 €

Voir Bulletin
d'abonnement p. 13

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Éducation thérapeutique et insuffisance cardiaque : le début d'un partenariat

L'insuffisance cardiaque est la seule pathologie cardiovasculaire dont la prévalence et l'incidence augmentent.

On estime aujourd'hui que cette pathologie atteint 600 000 patients en France, avec 80 000 nouveaux cas par an. Cette augmentation s'explique par le vieillissement de la population, une meilleure prise en charge de l'hypertension artérielle avec moins d'accidents vasculaires cérébraux, et un meilleur traitement de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë.

L'insuffisance cardiaque est une pathologie du sujet de plus de 50 ans, sa fréquence augmente exponentiellement avec l'âge. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

C'est le plus grand pourvoyeur d'hospitalisation après l'âge de 65 ans, et son pronostic est mauvais, avec une mortalité de 50 à 60 % à cinq ans. Son coût enfin est important, estimé à 1,16 milliards d'euros, dont 970 millions pour l'hospitalisation.

Malgré ces enjeux de nombreuses faiblesses dans la prise en charge de ces patients ont été relevés. en France :

- trop de compartimentage entre les différents acteurs du système de soins, en particulier médecins généralistes et spécialistes ;
- recours trop fréquent à l'hospitalisation, souvent du fait d'un traitement inadéquat, d'un non suivi des règles hygiéno-diététiques ;
- non respect des recommandations de traitement, avec surtout une prescription largement insuffisante de médicaments ayant démontrés leur efficacité dans cette pathologie, comme les inhibiteurs d'enzyme de conversion et les β bloquants (1) ;
- une insuffisance de formation des soignants, en particulier dans le cadre de la formation médicale continue.

Ces faiblesses soulignent l'intérêt que peut avoir la mise en place :

- l'éducation thérapeutique :
 - à un stade précoce chez les sujets plus jeunes présentant de facteurs de risque (hypertension artérielle, insuffisance coronaire), elle permettrait de prévenir la survenue de l'insuffisance cardiaque ;
 - au stade maladie, chez les sujets plus âgés, elle permettrait une autonomisation de la prise en charge.
- une meilleure coordination des soins entre spécialiste de ville et d'hôpital, les unités d'hospitalisation, les médecins généralistes... pouvant passer par la création de réseau ;
- mais aussi une meilleure coordination entre les réseaux, chez ces patients présentant souvent plusieurs pathologies associées à l'insuffisance cardiaque (maladie d'Alzheimer, diabète, anémie, broncho-pneumopathie obstructive, dépression...). L'implication des réseaux de gérontologie semble ici très important, d'autant qu'ils font intervenir les agents sociaux. Un lien étroit avec les services d'urgence et le développement de l'hospitalisation à domicile sont les autres volets importants.

Éducatons thérapeutiques : données de la littérature

Plusieurs études ont déjà été publiées concluant à l'intérêt de l'éducation dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

L'équipe de Rich en 1995 (2) a montré une diminution sur 3 mois de 44 % des hospitalisations toutes causes confondues, de 56 % des hospitalisations

pour insuffisance cardiaque, chez des patients ayant bénéficié d'une éducation lors d'une première hospitalisation pour décompensation cardiaque. Sur 1306 patients âgés de plus de 70 ans hospitalisés pour insuffisance cardiaque, 282 patients ont été inclus dans cette étude. cent quarante d'entre eux vont recevoir un traitement conventionnel habituel. Les 142 autres vont rentrer dans un programme intensif d'éducation avec :

- éducation faite par une infirmière spécialisée sur l'insuffisance cardiaque et son traitement ;
- des conseils diététiques individualisés ;
- une prise en charge sociale pour faciliter et organiser le retour au domicile ;
- un suivi intensif après sortie de l'hôpital par l'hospitalisation à domicile, renforcé par des visites à domicile et des contacts téléphoniques fait par l'équipe spécialisée participant à l'étude.

Comme dans d'autres études (3), le choix de la population est particulier :

- Rich a inclus un peu plus de 20 % des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, en particulier ceux présentant d'autres pathologies chroniques ne sont pas rentrés dans l'étude ;
- et ce programme a été appliqué uniquement à des Patients hospitalisés.

Ainsi on ne peut pas étendre les conclusions de ces études à des patients suivis uniquement en consultation ou atteints de plusieurs pathologies chroniques, ce qui reste le cas le plus fréquent.

L'intervention intensive de l'étude de Rich, n'a duré que 3 mois. Dans une pathologie chronique, il est important de démontrer un effet bénéfique à plus long terme. Toujours dans la même étude, les auteurs annoncent un effet bénéfique maintenu, malgré l'arrêt de l'intervention, sur la diminution des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, à un an de suivi. Dans une autre étude (3), une équipe suédoise, démontre l'intérêt de l'éducation sur un suivi de un an, mais dans un système de soins très différent du nôtre.

En France, une étude coordonnée par le Pr Bouhour, montre des résultats intermédiaires très encourageants avec une diminution de la mortalité à un an de

39 %, pour les 67 % de patients ayant atteints cette échéance. 180 patients de plus de 65 ans (âge moyen de 76 ans), hospitalisés une deuxième fois pour insuffisance cardiaque, dont 65 % d'hommes ont été inclus pour un suivi de 1 an. Il s'agit donc d'une population particulièrement à risque du point de vue cardiaque, mais comme dans les autres études, les sujets présentant des co-morbidités sévères ont été exclus.

Cette étude montre un effet très positif de l'éducation dans la prise en charge de ces malades, mais elle en souligne aussi les difficultés : patients âgés, isolés... Elle insiste sur le rôle important de l'entourage et des infirmières coordinatrices et spécialisées impliquées dans le suivi des sujets.

L'éducation thérapeutique de l'insuffisance en France : exemple de la région de Nantes

Dans l'étude décrite ci dessus, un gros travail a été effectué en terme d'éducation. Celle-ci a été conçue comme des conseils, un recours et un accompagnement du malade et de son entourage.

Les objectifs d'éducation (ou compétences à acquérir) fixés ont été de pouvoir :

- décrire le fonctionnement et le dysfonctionnement de la pompe cardiaque ;
- identifier les signes et symptômes d'aggravation ;
- savoir solliciter l'avis du médecin suffisamment tôt pour prévenir la survenue d'une décompensation ;
- savoir nommer et connaître ses médicaments, leur action, et leur modalité de surveillance ;
- savoir négocier dans la vie de tous les jours avec les événements pour adapter au mieux le régime désodé sans trop détériorer la qualité de vie ;
- savoir tenir compte de la diminution de la capacité physique induite par l'âge qui avance.

Les modalités de cette éducation sont les suivantes :

- Au cours de l'hospitalisation 3 à 4 séances en individuel, mais avec la présence de la famille si le patient le sou-

haite. Ces séances sont animées par une infirmière spécialisée dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, parfois accompagnée d'une diététicienne et du médecin cardiologue. Elles n'ont pas lieu au lit du malade, mais dans un lieu spécifiquement conçu pour l'éducation où l'on trouve du matériel d'éducation.

Le premier but de ces séances est de définir des objectifs de sécurité chez ce patient fragile pour le retour au domicile et éviter le retour à l'hôpital. Pour cela, il faudra savoir repérer les spécificités de l'accompagnement à mettre en place pour chaque malade. Ensuite il s'agit d'établir une relation de confiance avec le patient, permettant à celui-ci de poser toutes les questions et de discuter des éventuelles erreurs commises dans sa prise en charge.

Cette approche se trouve entravée par le fait que le patient en poussée aiguë de sa maladie est souvent fatigué avec des difficultés à se concentrer et à se prendre en charge lui-même dans un milieu où tout est fait par d'autres pour lui.

- Après la sortie de l'hôpital, une visite par l'infirmière, parfois accompagnée par la diététicienne est faite au domicile du patient. Elle permet de faire le bilan des acquis en vérifiant la tenue du cahier de surveillance où sont notés le poids, l'apparition d'éventuels signes annonciateurs d'une décompensation (prise de poids œdèmes, dyspnée...).

Du point de vue diététique, une enquête alimentaire est faite avec évaluation des apports sodés. Elle ouvre les portes à une nouvelle séance d'éducation, avec en plus une mise en situation, permettant de trouver des solutions concrètes.

Cette visite sert aussi à renforcer l'auto-prise en charge, en vérifiant comment sont pris les médicaments prescrits (s'il faut on corrige, on propose des solutions concrètes pour éviter les erreurs, les oublis...), comment sont mis en œuvre les conseils diététiques, comment on peut adapter l'activité physique.

- Par la suite l'éducation est renforcée à l'occasion d'appel téléphonique mensuel systématiquement passé par l'infirmière coordinatrice. Ce coup de fil permet un rappel régulier à l'auto-vigilance, il assure une continuité dans l'apprentissage.

A travers une grille d'aide le tour de la pathologie est fait au cours de la conversation et qui permet de négocier entre formalisme de l'appel et conversa-

tion d'accompagnement. Les patients sont invités à appeler l'infirmière coordinatrice à chaque fois qu'ils en ressentent le besoin : demande d'information, inquiétude, anxiété, apparition de signes de déséquilibre...

- L'accompagnement du patient se fait ainsi sur la durée.

L'ensemble de ces activités, y compris les appels téléphoniques donnent lieu à un compte rendu écrit qui est transmis au cardiologue suivant le malade, ainsi qu'au médecin généraliste. Pour des problèmes spécifiques une intervention sous forme de consultation ou d'appel téléphonique peut être générée et conduite par les médecins (cardiologues ou généralistes) par la diététicienne...

S'il existe une prise en charge par une infirmière libérale de ville, celle-ci est tenue au courant par courrier de l'évolution. A chaque fois que cela est possible, la visite à domicile après la sortie du patient est faite conjointement par l'infirmière coordinatrice et l'infirmière libérale. Par la suite l'échange des informations se fait par courrier, par téléphone si vraiment nécessaire.

L'activité d'éducation des personnels hospitaliers est ici reconnue, car le temps consacré à celle-ci est réellement dégagé pour cela dans le planning de ces soignants.

Enfin la coordination mise en place par courrier avec les soignants de ville (spécialiste de ville, médecin généraliste et infirmière libérale), permet de parler d'une réelle amorce de coopération ville hôpital, ouvrant la possibilité à la mise en place d'un réseau.

Une amorce de ce réseau existe déjà dans le financement des honoraires de la diététicienne qui sont pris en charge par le réseau (financement privé par l'industrie pharmaceutique).

Cette expérience remarquable garde encore quelques faiblesses soulignées par les acteurs eux-mêmes :

- nécessité de créer des outils pédagogiques adaptés ;
- nécessité d'une standardisation du suivi des patients ;
- création de séance d'éducation de groupes, même s'il existe des limitations du fait du peu de mobilité des patients
- besoin de formation pour les soignants non spécialistes et en particulier des infirmières libérales très demandées.

D'autres expériences d'éducation et mise en place de réseau sont en cours en France, elles soulignent toute l'importance, y compris en terme de santé publique, de cette pathologie chronique de plus en plus fréquente aujourd'hui.

D'après les communications de :
Jean-Briec BOUHOUB
et Hélène LAMBERT
Nantes

BIBLIOGRAPHIE

1. M Komadja, J-B Bouhour, P Amouyel, F Delahaye, E Vicaut, I Croce, E Rougemond, F Vuittenez, E Leutenegger. Observatoire de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en ambulatoire. Enquête auprès des cardiologues. Arch Mal Cœur 2001;94 :257-261
2. MW Rich, V Beckham, C Wittenberg, CL Leven, KF Freedland, RM Carney. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995;333 :1190-1995
3. CMJ Cline, BYA Israelsson, RB Willenheimer, K Broms, LR Erhardt. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. Heart 1998;80 :442-446

L'ÉDUCATION DES DIABÉTIQUES DANS LES GRANDS CONGRÈS INTERNATIONAUX

Santé-Éducation Paris 2002 : prix DESG de Langue Française

Pour les soignants, un nouveau site Internet www.novodiet.com pour l'éducation des personnes diabétiques d'origine étrangère vivant en France

N.Baclet (St-Louis), D.Romand (St-Louis), S.Annonier (Necker), M.Bardeau (Hôp. Américain), C.Bastien (Dreux), V.Bazzaoui (Necker), E.Bernard (Beaujon), C.Flumian (St Joseph), F.Gamouh (Avicennes), Y.Guérineau (Lariboisière), N.Masseboeuf (Pitié Salpêtrière), D.Nouet (Necker-Enfants Malades), A.Rigoir (Hôtel Dieu), M.C.Sage (Tenon), A.Siaud (Cochin), F.Strnad (Pontoise). Groupe Novodiet. (Paris, Ile de France).

Depuis 1999, le groupe de seize diététiciens des hôpitaux parisiens et de la région parisienne travaille à l'élaboration du site « *alimentation étrangère, éducation et diabète* ». Pourquoi ce thème ? Les populations migrantes sont de plus en plus présentes dans nos services. L'éducation nutritionnelle n'est pas toujours très facile à cause, entre autres, d'un manque de connaissance des habitudes alimentaires de ces populations, nuisant à la personnalisation des conseils. Enfin rassembler toutes les informations nécessaires à cette approche éducative prend du temps de par leur trop grand nombre et leur dispersion.

Nous avons créé un outil accessible par Internet par les diététiciens, par tout le personnel soignant et les patients, qui

rassemble ces informations classées et répertoriées suivant plusieurs rubriques, décidées de manière consensuelle.

Les diététiciens se sont divisés en sous-groupes et se sont réparti les différentes régions du globe. Les sources des informations sont variées : ambassades, livres touristiques, livres de recettes, interviews de patients, de leur entourage, les marchés, les restaurants, les voyages, et bien sûr les organismes officiels : OMS, FAO, Migration-Santé.

Six régions du globe sont disponibles :

- * l'**Afrique noire** : S.Annonier (Necker), D.Romand (St Louis), Y.Guérineau (Lariboisière),
- * l'**Asie** : M.C.Sage (Tenon), N.Baclet (St-Louis),
- * l'**Inde** : M.Bardeau (Hôp. Américain), C.Bastien (Dreux),
- * le **Maghreb** : V.Bazzaoui (Necker), C.Flumian (St-Joseph), F.Gamouh (Avicennes),
- * les **Pays de l'Europe de l'Est** et la Russie : E.Bernard (Beaujon), F.Strnad (Pontoise),
- * les **Pays Méditerranéens** : D.Nouet (Necker Enfants Malades),

et deux autres sont en préparation :

- * le **Moyen-Orient** : A.Siaud (Cochin),
- * **Antilles, Guyane** : A.Rigoir (Hôtel Dieu), N.Masseboeuf (Pitié Salpêtrière).

Le tour du monde va continuer...

Les rubriques développées sont :

Les généralités sur l'alimentation dans ces régions du monde, et des données sur la maladie diabétique dans ces pays.

Ensuite sont exposées les familles d'aliments consommés, suivis d'un descriptif des aliments et plats typiques accompagnés des menus et des recettes, des modes de préparation, des coutumes et religions avec leur influence sur l'alimentation. La table de composition alimentaire est inévitable.

La rubrique « questions à se poser » est une synthèse des caractéristiques de l'alimentation des pays traités, caractéristiques dont il faut tenir compte pour les enquêtes alimentaires et l'éducation nutritionnelle.

Enfin les lieux d'approvisionnement, les liens avec les autres sites, la bibliographie où sont rassemblés les sources d'informations complètent ces pages.

Cet outil est évolutif et doit être évalué pour être plus performant : nous avons une rubrique « contact » où seront recueillies différentes informations et les suggestions et remarques des visiteurs du site.

Le nombre de connexions sera relevé, ainsi que le choix des pays et rubriques visités. La mise sur site a été réalisée par le laboratoire Novonordisk.

Nous avons voulu créer un outil moderne et innovant pour aider le personnel soignant dans l'éducation nutritionnelle des patients diabétiques d'origine étrangère vivant en France. Nous avons composé une banque unique de données nutritionnelles des différents continents

Nous avons souhaité faire ressortir les caractéristiques de l'alimentation des pays étrangers afin de pouvoir mettre en place les stratégies d'éducation alimentaire et de donner des bases pour concevoir et élaborer des outils pédagogiques.

Cette banque de données servira également à informer tous les patients diabétiques.

Connectez-vous sur :
www.novodiet.com



Bulletin de commande des Teaching Letters - DESG

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

Dr Martine Tramoni
Information Servier
27, rue du Pont - 92200 Neuilly sur Seine
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

Nom

Adresse

.....



INSCRIPTION AU DESG DE LANGUE FRANÇAISE

Diabetes Education Study Group de Langue Française

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

Inscription pour l'année 2002 - Droits d'inscription : 10 Euros

Ces droits permettent d'être membre du DESG de Langue Française et de recevoir le journal "Diabète Éducation"

Libellez votre chèque à l'ordre du "DESG DE LANGUE FRANÇAISE"

Souhaitez-vous un justificatif ? oui non

NOM : _____ et/ou tampon :

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Profession :

- Médecin **Activité(s) ;**
- Infirmière Hospitalière
- Diététicienne Libérale
- Psychologue
- Autre

Adresser à :

Madame N. BACLET
Service du Pr CATHELINÉAU
DESG de Langue Française
Hôpital Saint-Louis
1, avenue Claude Vellefaux
75475 PARIS Cédex 10

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 Iles 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**
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

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)
Claude COLAS (Paris)
Michel GERSON (Le Havre)
Anne-Marie LEGUERRIER (Rennes)
Martine LETANOUX (Paris)

Marc LEVY (Nanterre)
Monique MARTINEZ (Gonesse)
Helen MOSNIER -PUDAR (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