



# DIABÈTE ÉDUCATION

NUMÉRO SPÉCIAL  
SANTÉ-ÉDUCATION 2001  
\* 19 JANVIER 2001 \*

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

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

## Santé - Éducation 2001 - Édito

**L**a journée annuelle 2001 du DESG-LF s'inscrit dans trois dimensions très actuelles et qui illustrent la place croissante que devrait occuper à l'avenir l'éducation aux malades et aux soignants dans la perspective des réseaux de soins, la transversalité entre disciplines médicales et la dimension sociale et psychoculturelle de la pédagogie en santé. C'est aussi pourquoi cette réunion s'intitule Éducation Santé.

Qui aujourd'hui ne s'implique dans la mise en place de réseaux de soins en particulier pour la prise en charge des diabétiques type 2 ? Les obstacles sont divers et nombreux mais ils seront franchis et restera la question des outils à forger pour assurer la pédagogie des soignants, médecins et paramédicaux ainsi que celle d'une évaluation adaptée des systèmes mis en place.

Inventer ex nihilo de tels éducateurs ? Qui est mieux à même que ceux qui depuis plus de dix ans ont entrepris ce travail d'abord dans les structures hospitalières puis sur le terrain auprès des infirmières libérales, des pharmaciens..., donc les groupes régionaux du DESG-LF. Ceux ci sont déjà tous très impliqués dans la mise en place de ces réseaux qui constituent le prolongement naturel des actions précédemment entreprises. C'est la volonté de l'équipe en charge actuellement du DESG-LF, que d'encourager partout en France au nom du DESG, l'implication de nos équipes dans cette mise en place des réseaux pour la qualité des soins de ville aux diabétiques. La présence du Professeur Joël Menard, ancien Directeur Général de la Santé qui présidera cette matinée constitue un honneur et un encouragement. Le thème de la transversalité, c'est-à-dire l'enseignement tourné vers des pathologies chroniques diverses constitue un second enjeu d'importance.

Une réflexion doit être entreprise sur la possibilité de penser des structures pédagogiques mettant en commun leur savoir, leur réflexion et peut-être leurs moyens au niveau de structure hospitalière offrant aussi la perspective d'une recherche clinique de bon niveau. ➔

### 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)
- Secrétaire générale : Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, PARIS)
- Secr. général adjoint : Simone JEAN (Hôpital St-Joseph, PARIS)
- Trésorier : Jean-Michel RACE (Hôpital Sud, AMIENS)
- Présidents d'honneur : Paul VALENSI (Hôpital J.Verdier, BONDY)  
Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu, PARIS)
- Responsable du Journal Diabète Éducation : Guillaume CHARPENTIER  
(Hôpital Gilles de Corbeil - CORBEIL ESSONNES)
- Responsables des Groupes Régionaux : Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud RENNES)  
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)
- Responsable de la Formation des formateurs : Judith CHWALOW (Hôtel-Dieu, PARIS)



### SOMMAIRE

- **ÉDITO**
- Pourquoi "Santé Éducation" ? ..... 1  
(S. HALIMI)
- **Le diabète en France : données des Caisses d'Assurance Maladie** .... 2  
(D. SIMON)
- **Les Groupes Régionaux du DESG** ..... 3  
(AM. LEGUERRIER - B. CIRETTE)
- **Le "Livre blanc" de l'éducation des diabétiques en France** ..... 4  
(P. VEXIAU)
- **Pas à pas : d'une formation locale vers une formation nationale des pharmaciens d'officine** ..... 6  
(G. HOCHBERG - H. MOSNIER-PUDAR)
- **The Diabetes Education Study Group** ..... 8  
(A. MALDONATO)
- **SANTÉ - ÉDUCATION - PARIS 2001 Abstracts** ..... 11

Le DESG de langue française remercie :

**I' INSTITUT SERVIER  
DU DIABÈTE,**

**LES LABORATOIRES :**

**BAYER-DIAGNOSTIC  
BECTON-DICKINSON,  
HOECHST-HOUDÉ, LIFESCAN,  
LILLY, MEDISENSE, MERCK-  
LIPHA, NOVO-NORDISK,  
PARKE-DAVIS, ROCHE**

de leur collaboration et de leur soutien

*Toutes ces dimensions devraient retenir l'attention de nos Directions Hospitalières et ARH pour faciliter l'émergence de telles structures, très valorisantes pour les établissements, peu coûteuses et sources d'économies de santé considérables.*

*Le thème de la sociopsychologie clôturera cette réunion. Il illustre la complexité de l'éducation du malade, ses limites culturelles selon ses origines et croyances, l'environnement familial. Il témoigne d'une profonde réflexion des éducateurs conscients de*

*l'importance de la situation de réceptivité du patient et non uniquement soucieux d'un contenu.*

*Bien entendu, les activités du DESG-LF Europe, dont le pôle Inter-net, seront aussi mis en valeur.*

*En somme un programme riche, dense et digne des horizons qui s'ouvrent en ces domaines et où le DESG-LF, souhaite s'inscrire de façon dynamique.*

Pr. Serge HALIMI

Président du DESG de Langue Française

## SANTÉ - ÉDUCATION 2001

# Le diabète en France : données des Caisses d'Assurance Maladie

L'année 1999 a été marquée dans le domaine du diabète en France par une floraison de publications de résultats d'études épidémiologiques menées par les Caisses d'Assurance Maladie. Cet effort considérable des Caisses, impulsé par la Direction Générale de la Santé, a permis d'affiner nos connaissances sur la prévalence du diabète et sur la prise en charge des diabétiques de type 2 dans notre pays. Nous présentons ici les principaux éléments de l'enquête nationale consacrée au diabète de type 2, menée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en coopération avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI), entrant dans le cadre du Programme National de Santé Publique (1) ainsi que quelques données d'études locales plus approfondies réalisées par des Caisses Régionales. L'essentiel de ces résultats doit être publié en fin d'année 2000 - dans un numéro spécial de *Diabetes Metabolism*.

L'étude nationale a été permise par la mise en place récente du Système d'Information de l'Assurance Maladie (SIAM) fournissant l'identification codée de tous les examens biologiques et de tous les médicaments remboursés aux assurés. Ainsi, sur l'ensemble de la

France métropolitaine, tous les sujets remboursés au moins une fois, entre décembre 1998 et janvier 1999, d'un anti-diabétique oral (ADO), sans prescription associée d'insuline, ont pu être repérés. Le SIAM a ensuite pu fournir des données précises concernant la prise en charge tout au long de l'année 1998 de ces 611080 diabétiques de type 2 (âge moyen : 64 ans ; 52 % d'hommes). Par ailleurs, toujours grâce au SIAM, le dénombrement des diabétiques traités par insuline, seule ou associée aux ADO, a été effectué. Enfin, pour tenir compte des caractéristiques spécifiques des affiliés de la CNAMTS qui représentent environ 70 % de la population, les chiffres obtenus ont été redressés afin d'extrapoler ces résultats à l'ensemble de la population métropolitaine.

On aboutit ainsi à une prévalence de 3,06 %, soit environ 1 800 000 diabétiques traités par médicaments en France. Par ailleurs, on peut estimer que le pourcentage de diabétiques traités par régime seul représente sans doute moins de 10 % de l'ensemble des diabétiques d'après quelques études menées en médecine générale. Le nombre de diabétiques méconnus est plus incertain mais est sans doute assez faible car la glycémie est un examen beaucoup prescrit en France [17 000 000 d'examen glycé-

miques ont été remboursés par la CNAMTS en 1998, ce qui situe la glycémie au deuxième rang après la Numération Formule Sanguine (20 000 000 d'examen)] et parce que plusieurs études ont montré que le diabète est très souvent découvert par une mesure systématique de la glycémie en France, dans 70 % des cas environ (contre environ 34 % au Royaume-Uni). Il est donc vraisemblable que le nombre total de diabétiques (connus et méconnus) en France se situe autour de 2 000 000. Les proportions de sujets traités par ADO seuls, ADO associés à l'insuline et insuline seule sont respectivement de 81 %, 4 % et 15 %, très proches des chiffres observés dans une étude portant sur les ordonnances remboursées entre le 10 et le 15 mai 1993 : 85 %, 2 % et 13 % (2). Parmi les diabétiques traités par insuline seule, environ la moitié, soit 150 000 personnes sont des diabétiques de type 1. Enfin, la répartition géographique de l'ensemble des diabétiques indique un gradient croissant du Nord-Ouest au Sud Est avec les prévalences les plus faibles en Bretagne (1,71 %), Pays de Loire (2,04 %) et Basse Normandie (2,26 %) et les plus fortes en PACA (3,35 %) et Corse (4,17 %).

Par ailleurs, l'étude de la CNAMTS sur la prise en charge en médecine libérale des diabétiques de type 2 exclusivement traités par ADO montre qu'ils reçoivent, pour le diabète, une monothérapie pour 61,0 % [sulfamides (S) : 40,8 % ; biguanides (B) : 16,7 % ; inhibiteur d'oc-glucosidase (I) : 3,5 %], une bithérapie pour 33,1 % (S+B : 25,7 % ; S+I : 5,7 % ; B+I : 1,7 %) et une trithérapie pour 5,9 %. Durant l'année 1998, 98,0 % de ces patients ont été suivis régulièrement par un médecin généraliste avec 10,2 consultations en moyenne ; 5,7 % ont vu un endocrinologue au moins une fois et 2,3 % au moins trois fois, alors que 2,8 % ont vu au moins une fois un interniste. L'exonération du ticket modérateur pour diabète au titre de l'ALD 30 ne concernait que 69,8 % des patients alors que 5,5 % étaient exonérés pour un autre motif (invalidité en particulier) et que 24,7 % ne bénéficiaient pas de cette exonération. Le suivi de l'équilibre glycémique au laboratoire reposait surtout sur la glycémie, mesurée durant le dernier semestre chez 79,0 % des sujets contre 41,4 % pour l'HbA1c (49,3 % au maximum en tenant compte des hospitalisations). Toujours en tenant compte des hospitalisations, le dépistage des complications durant l'année écoulée avait été effectué chez

47,3% des patients pour le fond d'œil, 71,5% pour la créatininémie, 23,3% pour la microalbuminurie et 36,9% pour l'ECG de repos alors que la mesure de la cholestérolémie avait été réalisée chez 63,6% et de la triglycéridémie chez 64,3%. La qualité du suivi était nettement meilleure chez les diabétiques ayant consulté un diabétologue libéral au moins une fois dans l'année puisque, sans tenir compte des hospitalisations, 73,1% vs 39,9% avaient eu une mesure d'HbA1c dans les 6 derniers mois et que, dans la dernière année, 58,6% vs 38,0% avaient eu un fond d'œil, 38,8% vs 9,5% un dosage de l'albuminurie, 43,2% vs 27,0% un ECG de repos et 75,9% vs 56,1% un dosage de cholestérolémie.

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) d'Ile-de-France a mené une enquête complémentaire sur un échantillon représentatif des diabétiques de type 2 âgés de moins de 70 ans (3). Cet échantillon de 1591 sujets (âge moyen : 59 ans; 58% d'hommes) a été examiné au printemps 1999 par un médecin-conseil selon un protocole standardisé et 1477 médecins traitants ont accepté de remplir un questionnaire concernant ces patients. Les circonstances de diagnostic du diabète correspondaient à un examen systématique dans 71% des cas, des symptômes cliniques (polyuro-polydipsie) dans 21% des cas, des complications chroniques du diabète dans 6% des cas et une grossesse dans 2% des cas (4% chez les femmes). Un sur poids [indice de corpulence (IC) > 27 kg/m<sup>2</sup>] était retrouvé chez 57% des sujets et une obésité (IC > 30 kg/m<sup>2</sup>) chez 42%. Un traitement antihypertenseur était pris par 55% de ces diabétiques de type 2. Des chiffres tensionnels élevés (systolique > 140 mmHg ou diastolique > 90 mmHg) étaient notés chez 30% de l'ensemble des patients et chez 43% des sujets traités par antihypertenseur. La proportion de fumeurs était de 20%. Le taux d'HbA1c (mesurée au moins une fois dans l'année écoulée chez 63% des sujets) était dans la fourchette des normes du laboratoire pour 31% des patients et au-dessus du double de la limite supérieure de la normale pour 2,4%. Aucun examen des pieds n'avait été réalisé dans l'année par un professionnel de santé pour 64% des sujets.

Une enquête similaire a été conduite en 1999 par l'URCAM des Pays de Loire sur 600 diabétiques de type 2 mais aussi 128 diabétiques de type 1.

Les diabétiques de type 1 (âge moyen de 35 ans et durée d'évolution moyenne de 13 ans) ont reçu des consignes hygiéno-diététiques pour 92% et semblent les appliquer correctement pour 77%. L'HbA1c a été mesurée chez 88% et le taux est < 6,0% chez 13%, compris entre 6,0% et 8,0% chez 45% et > 8,0% chez 42%. Ils possèdent un lecteur glycémique pour 99% et l'utilisent plusieurs fois par jour pour 90%. Il existe des complications connues chez 27% de ces diabétiques de type 1, la plus fréquente étant la rétinopathie (21%). La surveillance des pieds est régulièrement effectuée chez 71%. Le pourcentage de fumeurs est de 41%. Un traitement hypolipémiant est relevé dans 5% des cas. Les diabétiques de type 2 (âge moyen de 64 ans et durée d'évolution moyenne de 13 ans) ont un IC ≥ 28 kg/m<sup>2</sup> pour 57% d'entre eux. Des mesures diététiques ont été préconisées par le médecin traitant dans 92% des cas et semblent correctement appliquées par 61% des sujets avec en particulier une activité physique significative pour environ 50% des patients. Le suivi par mesure d'HbA1c est réalisé pour 77% de ces diabétiques de type 2 avec un taux < 6,0% chez 20%, compris entre 6,0% et 8,0% chez 47% et > 8,0% chez 33%. Un lecteur glycé-

mique est possédé par 37% des sujets, utilisé au moins une fois par jour pour 66%. La surveillance des pieds est effectuée régulièrement pour 59% des sujets. Les fumeurs représentent 13%. Un traitement hypolipémiant est suivi par 34% des diabétiques de type 2.

Il faut féliciter les Caisses d'Assurance Maladie pour ces études qui permettent de connaître enfin, avec précision, la prévalence du diabète en France et qui ont de plus l'intérêt de décrire le suivi des diabétiques, spécialement ceux de type 2. Les résultats indiquent que ce suivi est loin d'être adéquat dans notre pays, incitant chaque acteur du Système de Santé à redoubler d'efforts pour améliorer la situation présente.

Dominique Simon - Créteil

1- La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémiant oraux en 1998 - Echelon National du Service Médical - Département Analyse des Soins de Ville et Hospitaliers - Programme de Santé Publique sur la prise en charge du diabète de type 2 - Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (ed.), 1999, 56 p.

2 - Vauzelle-Kervroedan F, Forhan A, Javoy F, Fender P, Eschwege E. Pharmacopépidémiologie du diabète : apports d'une enquête des Caisses d'Assurance Maladie. *Diabetes Metab* 1999; 25 : 163-71. 3 - Silveira L et Groupe de travail médical inter-régimes de l'Assurance Maladie d'Ile-de-France URCAM Ile-de-France. Description des diabétiques de type 2 d'Ile-de-France (résumé pour la réunion de l'ALFEDIAM). *Diabetes Metab* 2000, sous presse.

**SANTÉ - ÉDUCATION 2001**

## Les Groupes Régionaux du DESG

*Les groupes régionaux ont été créés en 1990 par J.L. GRENIER, Président du DESG-LF à cette époque.*

*L'objectif était de promouvoir et d'organiser l'éducation du diabétique à partir d'équipes multidisciplinaires motivées regroupant des médecins, des paramédicaux hospitaliers et libéraux.*

*Des liens solides ont ainsi été établis entre les membres d'une même région permettant des échanges fructueux.*

*Le dynamisme de tous ces groupes a conduit à des actions régionales spécifiques et à l'élaboration de programmes nationaux dont certains sont en cours d'évaluation.*

Actuellement 15 régions françaises, deux francophones (Belgique et Canada) sont représentées.

De nombreuses actions régionales spécifiques ont été menées depuis 8 ans.

- documents divers (fiches diététiques, soins des pieds, fiches pédagogiques, dossiers éducatifs)
- annuaire régional des centres d'éducation avec leurs spécificités
- journées de formation et colloques régionaux grand public.
- éducation des populations ciblées, (sujet âgé, adolescents, diabétiques en situation d'échec).
- guide des actes d'éducation en collaboration avec les DIM (annexe PMSI).

L'activité des groupes, sous l'impulsion des responsables régionaux a permis la concrétisation de commissions inter-régionales sur des projets communs pour aboutir à des projets de niveau national (kits labellisés DESG) :

- le passage des adolescents du secteur pédiatrique au secteur adulte. Des enquêtes ont été réalisées auprès des médecins montrant un manque de communication. Sont en cours les enquêtes auprès des jeunes. Après en avoir analysé les résultats, des recommandations générales pourront être élaborées pour améliorer ce passage.

- le projet concernant les podologues a pour but de faire un diagnostic éducatif : état des lieux des collaborations, formation, transmission des informations.

- les trois autres projets ont abouti à la réalisation de kits de formation actuellement en cours d'évaluation. Les principes d'élaboration sont communs et obéissent aux grandes règles de conduite du DESG : définition préalable des besoins, organisation d'ateliers privilégiant l'interactivité, évaluation immédiate et à trois mois par des questionnaires pré et post tests.

- Le programme des pharmaciens a reçu l'aide de trois partenaires : l'Alfédiam médical et para-médical, le CESSPF (Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française) et l'UTIP. 22 sessions sont prévues dans toute la France jusqu'en décembre 2001. Un classeur est remis régulièrement à jour et distribué aux pharmaciens participant à ces formations.

- Le programme des infirmières libérales est en cours d'évaluation dans cinq régions françaises. Cinq ateliers interactifs permettent aux paramédicaux d'améliorer leur prise en charge des diabétiques en partant d'un diagnostic éducatif et en leur apportant les connaissances pratiques nécessaires. Ce kit devrait pouvoir ensuite être diffusé à toutes les équipes françaises qui le désirent.

- Le programme des médecins généralistes a été élaboré par un groupe de travail multidisciplinaire en sept ateliers interactifs. Son évaluation devrait pouvoir être effectuée dans le cadre des nouvelles organisations en réseau.

Un immense travail de qualité a donc été fourni par les groupes régionaux qui représentent la vie du DESG : travail de terrain, mise en commun de moyens, coordination, actions.

Aujourd'hui, nous arrivons à un tournant de leur existence. Beaucoup de projets ont été réalisés et certains groupes s'essouffent.

Des journées inter-régionales sont actuellement organisées pour donner à ces groupes un nouvel essor, certains ayant besoin de remotivation.

La dynamique née lors du premier congrès de Montréal doit être pérennisée. Ces groupes sont le noyau dur du DESG car ils font progresser l'éducation des patients diabétiques en France. Il est essentiel qu'ils continuent à mener des actions de qualité et à poursuivre dans la voie de l'expansion.

AM. Leguerier, Rennes - B. Cirette, Nevers

## SANTÉ - ÉDUCATION 2001

# Le "Livre blanc" de l'éducation des diabétiques en France

## Cahier des charges du DESG de Langue Française

Au début des années 1990, un petit noyau de médecins, de diététiciennes, de psychologues et d'infirmières s'intéressant à l'éducation des diabétiques et à l'origine du DESG de Langue Française, s'était fixé plusieurs objectifs. Un de ces objectifs était de "faire reconnaître l'éducation comme partie intégrante du traitement du diabète".

Cette reconnaissance de l'éducation a été à l'origine de la réalisation d'un document : le Livre blanc de l'éducation des diabétiques en France, cahier des charges du DESG de Langue Française. L'objectif était d'établir un document-support pour les démarches à réaliser en faveur de l'éducation des diabétiques en France. Une réflexion et un travail, portant sur plusieurs années, ont permis la réalisation de ce document qui comportait plusieurs parties :

- **La situation du problème de l'éducation en France**, montrant l'augmentation de l'incidence du diabète, le coût du diabète et de ses complications et donc la justification de l'éducation des diabétiques.

- **Le point sur les systèmes d'éducation en France** : rôle des médecins, rôle des paramédicaux, les institutions hospitalières et la prise en charge par la médecine libérale. Cet état des lieux en France et l'exposé d'autres modèles en

particulier étrangers étaient le support de cette deuxième partie.

- **Évaluation du coût de l'éducation.**

- **Rôle des associations.**

- **Propositions concrètes de modèles de prise en charge de l'éducation des diabétiques.**

Ce document qui a représenté un long travail, plus de 160 pages, a permis de montrer l'importance de la réflexion qui avait été réalisée sur l'éducation des diabétiques.

Le fruit de ce travail et l'utilisation de ce document, qui a été présenté à certaines instances comme le Haut Comité de Santé Publique, ne sont sûrement pas étrangers à la place reconnue actuellement de l'éducation et de la prise en charge du diabète par le Haut Comité de Santé Publique et comme en fait part la rédaction de la lettre de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux promulguée le 4 mai 1999 sur la prise en charge du diabète de type 2.

Cependant tous les objectifs n'ont pas été atteints. Il faut sûrement continuer à parler de l'éducation et montrer son importance, les modèles de proposition de prise en charge du financement comme la reconnaissance de l'acte d'éducation, des actes diététiques et infirmiers n'ont pas encore suffisamment abouti. Il reste donc du travail pour actualiser ce document, continuer à faire pression auprès des Instances de Tutelle pour une reconnaissance concrète de l'acte d'éducation. Le Livre blanc ne doit pas rester figé mais doit encore évoluer.

P. Vexiau - Paris

## Extraits du Livre blanc

Voici quelques unes des conclusions données dans le Livre blanc (Cahier des Charges du DESG de Langue Française). Elles sont toutes aujourd'hui encore d'actualité, elles ont encore gagné en puissance avec la publication des recommandations de l'OMS sur l'éducation thérapeutiques, avec l'intérêt grandissant de nos autorités de santé, des sociétés savantes et des soignants pour l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé.

Certes certaines d'entre-elles mériteraient d'être actualisées et aujourd'hui c'est dans ce sens que les actions du DESG de Langue Française cherchent à se développer.

### L'éducation des diabétiques

Le diabète est une maladie fréquente. Les moyens thérapeutiques actuels ont fortement diminué le risque de mortalité lié directement au diabète, en revanche, le survie prolongée des diabétiques entraîne une augmentation très importante de la fréquence des complications, responsables de morbidité et de mortalité. ceci montre l'importance de la prise en charge de ces patients, de la prévention des complications, et de l'éducation pour permettre une bonne adhérence et un bon suivi du traitement.

L'éducation des diabétiques est difficile comme celles des patients atteints de maladies chroniques. L'information des patients et surtout les modifications de comportement nécessitent de faire appel à des techniques qui dépassent largement la "bonne volonté" des médecins. N'est pas éducateur qui veut, une formation spécifique, la prise en charge par de véritables professionnels est nécessaire. Cette formation doit utiliser au mieux les techniques théoriques et pratiques mises au point en pédagogie.

### De l'éducation et du diabète

#### 1 - Le diabète et l'éducation

1.1 Le diabète est un prototype pour l'éducation de patient dans les autres maladies chroniques.

1.2 Le diabète de type 2 est un prototype des maladies de civilisation et de comportements nutritionnels, pour lequel une prise en charge et une éducation précoce ont un impact positif sur l'état de santé du patient.

#### 2 - Une éducation fondée sur les besoins du patient

2.1 La connaissance des représentations de la santé, de la maladie et du traitement, mais aussi du soignant, permettrait d'éviter les malentendus et les erreurs d'éducation et de soins.

2.2 L'analyse des besoins suppose de partir des problèmes du patient. Les "crises" (par exemple : hypoglycémie, acido-cétose...) peuvent être un élément d'appui de cette démarche.

2.3 Les objectifs éducatifs et le choix des méthodes éducatives doivent prendre en compte la dimension socioculturelle du patient diabétique.

#### 3 - L'éducation du patient : un processus dynamique et continu

3.1 Dans le processus éducatif, la rétroaction du soignant vers le patient, mais aussi du patient vers le soignant est essentielle : l'éducation du patient doit être dynamique.

3.2 En particulier, les méthodes pédagogiques utilisées dans l'éducation du patient ne peuvent être qu'interactive.

3.3 Les médecins, et plus généralement les soignants, doivent apprendre à faciliter la communication avec le patient diabétique.

3.4 De même qu'il existe un suivi médical, il faut un suivi éducatif s'appuyant sur l'expérience du patient.

#### 4 - Les acteurs de l'éducation du patient diabétique

4.1 Le médecin généraliste a un rôle d'éducation, surtout dans le diabète de type 2 et doit être intégré dans les stratégies éducatives du patient diabétique.

4.2 Toute structure hospitalière prenant en charge des patients diabétiques doit assurer des activités d'éducation.

4.3 Tous les spécialistes impliqués dans le traitement des patients diabétiques doivent participer à leur éducation.

4.4 Le patient diabétique et les associations de diabétiques peuvent contribuer à l'éducation du patient.

#### 5 - L'éducation du patient diabétique : un acte d'éducation

5.1 L'éducation est acte thérapeutique et doit être reconnu en tant que tel.

### Formation des enseignants et qualification

L'information des patients et surtout les modifications de comportement nécessitent de faire appel à des techniques qui dépassent largement la "bonne volonté" des médecins. N'est pas éducateur qui veut, une formation spécifique, le prise en charge par de véritables professionnels est nécessaire. Cette formation doit utiliser au mieux les techniques théoriques et pratiques mises au point en pédagogie. ➡

Pour plus de renseignements vous pouvez commander le "LIVRE BLANC" en renvoyant le bulletin ci dessous au :

**Dr Mosnier-Pudar - Service des Maladies Endocrines et Métaboliques  
Hôpital Cochin - 27 rue du Faubourg saint Jacques, 75014 Paris**

*Merci de m'adresser un exemplaire du  
Livre blanc de l'Éducation des Diabétiques en France*

NOM .....

PRÉNOM .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL .....

VILLE .....



Ces techniques et leurs applications doivent être adaptées à la sociologie des patients, du pays, aux structures existantes. Ceci doit prendre en compte en particulier la place que tiennent les médecins, les infirmières, les diététiciennes, les psychologues, et les autres professionnels de santé qui ont tous un rôle à tenir dans la prise en charge des patients diabétiques.

Définir la formation des différents protagonistes est indispensable. La formation doit se faire à différents niveaux. La formation de base concerne tous les médecins généralistes et infirmières. A un second niveau, les infirmières, les diététiciennes, les médecins spécialistes

qui s'occupent plus particulièrement des diabétiques doivent recevoir une formation plus spécialisée. Au troisième niveau se situent les spécialistes de l'éducation ; ils doivent être des formateurs permettant d'enseigner aux autres les techniques d'éducation.

Le manque de temps, le manque de personnel et le manque de formation sont vraisemblablement les trois raisons principales qui gênent le plus la mise en place d'une éducation adaptée et généralisée pour les patients diabétiques, qui leur permettrait une réelle autogestion de leur maladie.

Dr Mosnier-Pudar  
Paris

## SANTÉ - ÉDUCATION 2001

# Pas à pas : d'une formation locale vers une formation nationale des pharmaciens d'officine

Les grandes études récentes d'intervention ont bien démontré que l'amélioration du contrôle glycémique dans le diabète, aussi bien de type 1, que de type 2, diminue le développement et la progression des complications à long terme liées au diabète (DCCT-UKPDS). Elles ont montré aussi que cette amélioration s'accompagne d'une amélioration de la qualité de vie.

Ces études soulignent aussi la difficulté à maintenir, sur le long terme, une amélioration significative de l'équilibre glycémique. Or, les méthodes employées dans le cadre des études d'intervention sont, le plus souvent, nettement supérieures à celles offertes dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques en pratique clinique courante. Ces différences entre les études prospectives et le suivi au quotidien du diabète expliquent la grande différence dans la qualité des soins apportés aux patients atteints de diabète. Elles soulignent aussi la nécessité de mettre en œuvre des programmes qui permettront d'améliorer le suivi des patients, dans le cadre de ré-

seaux de soins par exemple. Mais une telle prise en charge nécessite comme préalable indispensable une formation de tous les soignants amenés à prendre en charge les patients atteints de diabète.

Le rôle des pharmaciens, en collaboration avec les autres intervenants de santé dans le diabète (médecin, diététicienne, infirmier, pédicure...) doit permettre un renforcement du suivi des patients avec amélioration de l'équilibre glycémique, augmentation du dépistage des complications chroniques... Ils participent aussi à l'autonomisation des patients. De plus, l'intervention du pharmacien dans le cadre de vie des patients, peut faciliter l'adéquation des objectifs, en particulier d'éducation, grâce à la meilleure connaissance des habitudes, des possibilités financières, de l'impact familial... du patient.

Une des priorités du DESG de Langue Française est la formation des soignants. C'est donc tout naturellement que dès le milieu des années 90, les différents groupes régionaux se sont inté-

ressés à la formation des soignants non spécialisés prenant en charge les personnes atteintes de diabète. Le groupe Paris -Ile de France a choisi comme action prioritaire celle de la formation des pharmaciens d'officine à l'acte d'éducation en officine concernant le diabète.

Nous allons ici vous retracer l'histoire de cette action de terrain, qui grâce à la volonté de quelques uns, à l'existence de circonstances favorisées et à l'appui des sociétés savantes, a pu donner naissance à une action nationale de formation de pharmaciens à la prise en charge du diabétique en officine.

## 1. L'action régionale

Notre objectif au départ était de pouvoir toucher les pharmaciens d'officine et de revoir avec eux le rôle qu'ils pourraient jouer auprès de nos patients diabétiques. En effet il nous a semblé que la pharmacie où le patient vient très régulièrement, beaucoup plus que le cabinet de son médecin spécialiste, était un lieu où un certain nombre de messages pourraient lui être transmis et répétés. Pour pouvoir mieux définir ce rôle que les pharmaciens pouvaient jouer, il nous a semblé dans un premier temps important de faire l'état des lieux de leur connaissances et de leur attentes. La première étape de notre action a donc été de mettre en place un questionnaire de recensement des besoins en formation en diabétologie pratique.

Ce questionnaire a été adressé à 575 pharmaciens d'officine de la région parisienne. 10% ont répondu. L'analyse des réponses a montré qu'il existe une forte demande de formation en diabétologie, en effet : 96% des pharmaciens estiment leurs connaissances insuffisantes en diabétologie. Ceci s'explique probablement par le faible niveau de formation dans le domaine, seuls 10% des pharmaciens ont pu avoir une telle formation. Leurs connaissances en diabétologie viennent surtout des publications (79% d'entre eux) et d'une expérience pratique professionnelle (72%). Ils sont très demandeurs de formation et les thèmes à aborder prioritairement sont : la surveillance des glycémies, l'injection d'insuline, la délivrance des ordonnances en officine, mais aussi la diététique, les antidiabétiques oraux.

Ce recensement nous a conduit à bâtir une formation, qui dans un premier temps a fait l'objet d'une réunion pilote

à Paris. 680 invitations ont été envoyées, 100 réponses favorables ont été reçues et 180 pharmaciens d'officine étaient présents le soir de la réunion. Après une session plénière de présentation sur l'importance de l'éducation dans la prise en charge des patients diabétiques, chaque pharmacien a participé à 3 ateliers interactifs tournants d'environ 40 minutes chacun. Les thèmes retenus, en fonction des demandes recensées ont été :

- \* l'autosurveillance glycémique et urinaire;
- \* l'injection d'insuline;
- \* l'aide à la délivrance d'une ordonnance.

Une évaluation de cette formation a été menée grâce à des questionnaires remplis en début (pré-test) et en fin de réunion (post-test). L'analyse des réponses (Fig. 1) montre que les pharmaciens présents estiment leurs connaissances en diabétologie insuffisantes à l'arrivée (96%), avec une nette amélioration en fin de session où plus que 31% des participants pensent avoir encore des insuffisances.

En pré-test, l'autosurveillance glycémique et sa fréquence recommandée est bien connue chez le patient diabétique insulino-dépendant, mal connue chez le diabétique non insulino-dépendant. Les matériels utilisés en diabétologie sont mal connus : moins de la moitié des pharmaciens connaissent le fonctionnement d'un lecteur glycémique, les différentes contenances de seringues à insuline ne sont connues que par 58%. Une

des questions importantes à l'époque concernait la différence de concentration d'insuline entre les présentations, en flacon (40 UI) et en cartouches (100 UI/ml). 76% des pharmaciens connaissaient cette différence, et 79% conseillaient de ne pas prélever l'insuline d'une cartouche avec une seringue. Compte tenu de l'importance de ces notions, ces scores nous avaient semblé insuffisants. Tous les scores se sont très nettement améliorés en post-test (Fig. 1).

## 2. De l'action régionale vers l'action nationale

Devant le vif succès remporté par cette formation pilote, nous avons souhaité continuer notre action auprès des pharmaciens d'officine, mais à plus grande échelle. Nous avons, alors, contacté l'ordre des pharmaciens et en particulier le CESSPF (Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française).

L'époque coïncide avec la grande campagne de 1996 que le CESSPF avait lancé auprès des pharmaciens d'officine pour les sensibiliser au diabète et à son dépistage. Cette campagne avait été faite avec le concours de l'ALFEDIAM et de son président de l'époque le Pr Cathelinau.

En partenariat 4 associations : le CESSPF, l'UTIP (Union technique interprofessionnelle de formation continue), l'ALFEDIAM, le DESG de Langue Française ont mis au point une formation nationale aujourd'hui en cours.

Cette formation s'adresse à des pharmaciens d'officine, elle est intitulée : « Diabète de type 1 et 2 : rôle du pharmacien ». L'objectif en est l'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques en officine. Le CESSPF coordonne le projet, l'UTIP a la responsabilité de la mise en place et de la logistique des formations, l'ALFEDIAM est le garant scientifique, le DESG-LF a en charge la pédagogie et l'évaluation des formations.

Pour le financement de la campagne de formation, les partenaires industriels ont été sollicités. Les laboratoires Aventis, Bayer Classics, Lifescan, Lilly France, Lipha santé, Médisense, Novo Nordisk, Roche Diagnostics y participent.

## 3. La formation nationale

La formation a lieu sur une demi-journée, soit 3h30 (un dimanche matin ou un lundi matin de façon à tenir compte de la fermeture des petites officines). Elle est basée sur 3 ateliers de 45 minutes chacun, interactifs et tournants suivis d'une conférence de synthèse de 30 minutes. Chaque atelier comprend une quinzaine de participants.

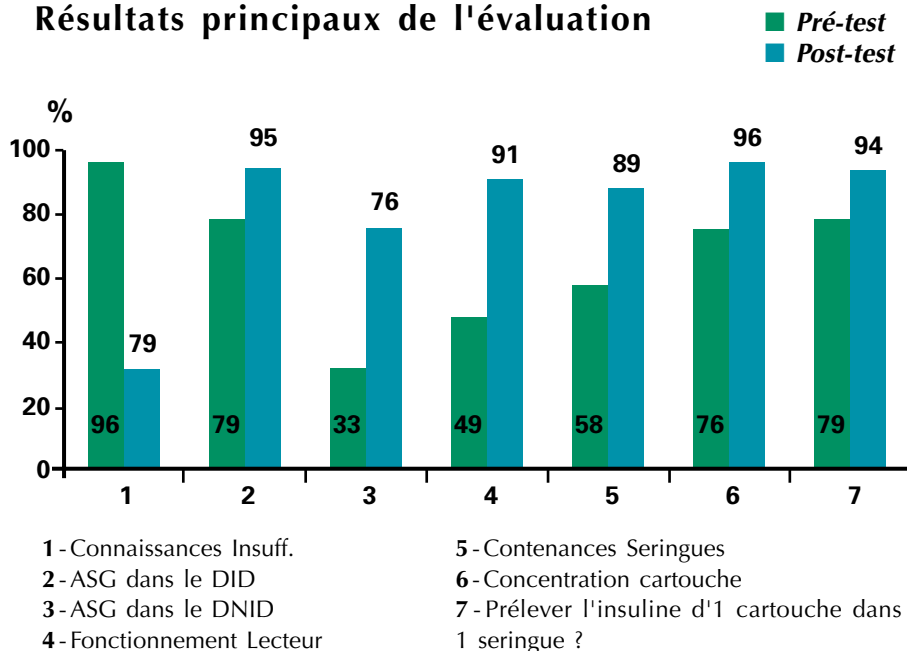
Les thèmes sélectionnés pour les ateliers sont :

- \* la délivrance des ordonnances;
- \* l'aide à la gestion du traitement et l'autosurveillance;
- \* le diabète au quotidien, deux thèmes clés sont abordés au cours de cet atelier les soins de pied et l'hypoglycémie.

La conférence de synthèse, faite par un diabétologue, insiste sur les domaines d'intervention à privilégier par le pharmacien et sur des questions d'activité en diabétologie. L'ALFEDIAM et le DESG proposent leurs experts locaux (diabétologues et infirmières, membres de leur association) pour l'animation des ateliers et la conférence de synthèse.

Chaque formation est évaluée à l'aide d'un même questionnaire à choix multiple en début (pré-test) et en fin (post-test) de réunion, puis trois mois après la formation (post-test 3 mois). Chaque test est identifiable d'après la ville où s'est déroulée la formation et le numéro d'anonymat de chaque participant ce qui permet de suivre le devenir des acquis de chacun. ➔

### Résultats principaux de l'évaluation



En pratique, cette formation a débuté en mars 99 et va se poursuivre jusqu'au premier semestre 2001. 16 formations ont déjà eu lieu à : Pontault-Combault, Toulouse, Paris, Rouen, Lyon, Besançon, Arras, Nantes, Caen, Montpellier, Bayonne, Metz, Strasbourg, Bourges, Mulhouse, Limoges. 700 pharmaciens y ont participé et ont été évalués en pré et post-test.

Les premiers résultats de l'évaluation immédiate montrent : qu'à l'arrivée à la réunion, 88 % des pharmaciens estiment leurs connaissances sur les matériels utilisés en diabétologie insuffisantes ou très insuffisantes contre 19 % en fin de formation. La note moyenne (nombre de réponses exactes rapporté sur 20) au questionnaire d'évaluation en pré-test est de 14/20 contre 17,25/20 en post-test. Il ressort de l'analyse détaillée des réponses, qu'en pré-test les thèmes les moins connus sont :

- les matériels conseillés pour l'hygiène et les soins de pieds;
- le traitement d'une plaie infectée chronique, la conduite à tenir devant une hypoglycémie;
- les bandelettes urinaires et leur intérêt;
- la contenance et la taille des seringues à insuline;
- l'autosurveillance chez le diabétique non insulino-dépendant.

Tous les scores s'améliorent de façon importante en post-test.

Les résultats de l'évaluation immédiate mettent en évidence à court terme l'intérêt et l'impact direct d'une telle formation destinée aux pharmaciens d'officine. Les résultats d'une évaluation à moyen terme, actuellement en cours, nous permettront d'apprécier le maintien du niveau des acquis et l'éventuelle nécessité de sessions complémentaires.

Cette formation, très bien accueillie par les participants fait preuve de son efficacité à court terme, elle se poursuit dans toute la France, les prochaines réunions vont avoir lieu à Rodez, Charleville-Mézière, Orléans et dans d'autres villes, au moins 1200 pharmaciens y participeront au total. Elles permettent, en dehors de leur premier objectif d'améliorer la pratique diabétologique en officine de rapprocher les soignants non spécialisés des équipes de diabétologie ce qui facilite les échanges entre professionnels de santé de chaque région.

G. Hochberg, H. Mosnier-Pudar  
Paris

## SANTÉ - ÉDUCATION 2001

# The Diabetes Education Study Group

Le DESG (Diabetes Education Study Group) est un groupe issu de l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) société savante européenne de diabétologie. L'objectif de ce groupe d'étude est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète grâce au développement et à l'évaluation de programmes d'éducation qui cherchent à :

- \* favoriser l'autonomisation des patients;
- \* améliorer la qualité du contrôle métabolique;
- \* souligner l'importance de la prévention et du diagnostic précoce du diabète;
- \* encourager la recherche.

## Un peu d'Histoire

C'est dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, entre 1920 et 1960, que les pionniers de l'éducation ont jeté les bases des actions d'aujourd'hui. E. P. Joslin est à l'origine des premières Diabetic Teaching Clinics aux Etats-Unis. Dans les années 70, le besoin d'éduquer les personnes atteintes de diabète est reconnue par tous. C'est à cette époque que sont créés le DESG (en 1979 sous l'impulsion de J.Ph. Assal) et son équivalent américain l'AADE (American Association for Diabetes Education). Puis suivent les années d'engouement avec l'organisation de réunions de travail, l'édition de journaux, de recommandations... Depuis le début des années 90, le point est mis sur l'amélioration de l'efficacité et la motivation. Un problème majeur, celui de l'évaluation, est souligné, comme nous le verrons plus tard.

Les participants au DESG proviennent de soixante sept pays européens et du bassin méditerranéen. Tous les membres sont activement impliqués dans l'éducation du patient diabétique. Il s'agit d'un groupe multidisciplinaire regroupant des médecins et des soignants non médecins (infirmières, diététiciennes...).

## Les activités du DESG

Elles sont multiples :

- \* organisation de réunions de travail;
- \* production de documents;
- \* aide financière pour la participation de ses membres à différents colloques et formation sur l'éducation;
- \* organisation régulière dans le cadre des réunions annuelles de l'EASD, de symposium consacré à l'éducation;
- \* mise en place d'un site sur Internet.

### 1 - Les réunions de travail

Différents types de réunions de travail sont organisés régulièrement.

Une fois par an au moins, des commissions de travail des membres du DESG ont lieu. Les réunions ont pour objectif la réalisation et la production de documents de travail; comme les "Teaching letters" ou les "Patient Education Basics". Ces réunions permettent aussi de développer des actions phares du DESG, comme la mise en place du site sur Internet et la réflexion sur l'éducation thérapeutique à partir des recommandations de l'OMS éditées en 1998.

Depuis quatre ans maintenant, grâce à la collaboration avec le groupe Servier, le DESG organise des réunions de médecins de pays non européens pour les aider à importer chez eux les modèles de prise en charge véhiculés par le DESG. Le souhait de tous est que ces réunions évoluent vers une formation qui permettrait ensuite aux participants d'implanter ces techniques dans leur pays.

La dernière réunion a eu lieu à Orvieto, Italie, en mars 2000. Son objectif était de planifier une formation basée sur les recommandations de l'OMS pour les soignants voulant s'impliquer dans l'éducation thérapeutique. La formation proposée comporte 8 modules d'une demi journée, destinée à des soignants prenant en charge les patients en méde-



cine de proximité. Pour compléter et affirmer cette formation aux besoins des soignants, un questionnaire de 26 items a été mis sur le site Internet. Une version préliminaire de ce questionnaire a été déjà testée. Elle a permis de perfectionner ce questionnaire, dont la version finale est maintenant disponible sur le web pour un recensement mondial des besoins.

Le DESG aide à l'organisation et participe à des colloques nationaux. Les derniers en date ont eu lieu en Israël et en Macédoine.

Enfin, tous les ans, le DESG finance la participation de plusieurs soignants aux séminaires de Grimetz en Suisse, qui restent un modèle unique pour l'enseignement interactif des techniques d'éducation.

## 2 - Les documents du DESG

Deux grandes séries de documents du DESG sont régulièrement enrichies : les Teaching Letters et les Patient Education Basics. L'ensemble de ces documents sont disponibles sur le site web du DESG.

Dans les années 80, le DESG a produit une première série de 20 leçons (Teaching Letters) largement distribuées dans le monde, et traduites en 26 langues.

L'objectif de ces letters est de donner aux soignants des recommandations sur les différents aspects de l'éducation des patients. Elles ont été utilisées pour former les formateurs, pour favoriser l'utilisation d'un langage commun, pour sensibiliser les soignants sur des sujets précis, et pour modifier les attitudes de ces soignants.

Depuis 1995, les letters les plus anciennes sont réactualisées et, depuis 1998, une nouvelle série de letters est en cours de rédaction.

Un total de 22 letters sont aujourd'hui disponibles, et deux autres vont être publiées. Les Teaching letters sont particulièrement utiles pour le travail en équipe. Elles permettent d'aider à définir le rôle de chaque membre de l'équipe, à trouver des solutions aux problèmes soulevés lors de discussions. Elles facilitent l'interaction entre les différents membres de l'équipe et permettent de définir une conduite unique en éducation du patient. Enfin, elles peuvent aider à la mise en place de l'évaluation des programmes éducatifs.

Deux aides visuelles : “poster” ont été produites et sont disponibles en français, pour deux des principales Teaching letters : la numéro 8 (“Aidez vos patients à mieux se traiter”), et la numéro 9 (“Thérapeutique et pédagogie”).

Les “Patients Education Basics” sont des documents destinés aux soignants non spécialisés, en particulier aux médecins généralistes. Leur objectif est de délivrer des messages éducatifs simples à utiliser, sans être obligé d'avoir une approche systématique et complexe de l'éducation thérapeutique. Ils tendent à répondre à deux questions essentielles :

- comment délivrer au patient, en quelques minutes, une information utile à une meilleure prise en charge de son diabète ?
- comment être sûr que ce conseil sera suivi par le patient une fois rentré chez lui ?

Douze documents font partie de cette série. On peut citer comme exemple les dernières productions “Prévention des problèmes cardiaques” et “L'exercice physique : un traitement pour le diabète à tout âge”. Sur l'ensemble de ces documents, l'essentiel du message est résumé sous forme de dessins, facilitant leur utilisation.

Les deux séries Teaching letters et Patient Education Basics sont distribuées par le groupe Servier.

La raison la plus fréquente, invoquée par les médecins, pour ne pas éduquer les patients, est le manque de temps. Après enquête, il s'avère que les médecins pourraient passer 5 minutes par consultation pour éduquer leurs patients, mais faute de recommandations, ils ne le font pas.

C'est pour répondre à cette demande, que le DESG a développé un “kit de survie” (Survival-Kit) qui permet de délivrer des informations clefs, sans éducation vraie. Ce kit aborde neuf thèmes. Chacun de ces thèmes se décompose en deux parties. L'une sont les recommandations pour le soignant, l'autre un résumé à donner aux patients. Ces documents sont distribués par les laboratoires Novo-Nordisk.

## 3 - Le site Internet : [www.desg.org](http://www.desg.org)

Le site du DESG a été officiellement mis en ligne le 1<sup>er</sup> septembre 1999. La plus grande partie de ce site est ouverte et offre des sources d'information, des outils éducatifs, et toute une variété de

documents produits par le DESG ou par d'autres concernant l'éducation thérapeutique. En particulier, on y trouve : les Teaching Letters et les Patient Education Basics, disponibles sous forme de texte et/ou en format image.

Une partie du site n'est accessible qu'aux membres du DESG. Elle comprend la liste des membres et du Comité Général. Elle peut servir à des échanges et des communications entre les membres. On peut y trouver des documents comme des jeux de diapositives...

Enfin, on retrouve sur le site, le questionnaire de recensement des besoins pour les soignants qui doit permettre d'améliorer la formation prévue par le DESG pour les soignants non spécialistes. Cette enquête se terminera en janvier 2001.

## Les enjeux des années à venir

Lors du symposium du DESG à Jérusalem en septembre 2000, deux enjeux ont été mis en avant : l'évaluation des programmes éducatifs et l'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2.

### 1 - L'évaluation

L'évaluation de notre discipline est difficile car, dès le départ, se pose la question de quoi évaluer :

- les connaissances théoriques, simple à faire, mais ne reflétant pas les pratiques ;
- les aptitudes pratiques et techniques ;
- les motivations directes...

En fait, notre objectif en éducation thérapeutique chez le diabétique est de modifier les comportements pour améliorer le contrôle métabolique et donc avoir, en définitive, un impact positif sur le développement des complications. L'évaluation de nos programmes éducatifs doit permettre de savoir s'ils sont adaptés à nos objectifs ou s'il faut les modifier. Mais cela est difficile. Au delà des comportements, l'évaluation de l'impact sur les paramètres cliniques (équilibre glycémique, survenue d'accident aigu, de lésion du pied) est complexe, car en plus des comportements, de nombreux autres facteurs, sur lesquels l'éducation n'a pas d'impact, sont déterminants. Par exemple, la survenue d'hypo-

glycémie sévère peut être liée à un comportement inadapté, mais aussi à la non perception des signes d'alerte. L'évaluation doit faire aussi intervenir des facteurs individuels de renforcement intervenant avec les motivations des sujets.

Ainsi, l'évaluation des programmes éducatifs doit comporter plusieurs volets d'évaluation :

- évaluation des objectifs d'éducation;
- évaluation des objectifs thérapeutiques;
- évaluation de la qualité de vie.

## 2 - Le diabète de type 2

Un des enjeux majeurs des années à venir est de faire face à la "pandémie" du diabète de type 2. Les enjeux éducatifs sont importants et, compte tenu de la masse de patients, doivent reposer sur les structures de soins de proximité (médecin généraliste...). Il est donc primordial de développer :

- d'une part, un programme de formation de ces soignants à l'éducation, en particulier du diabète de type 2;

- d'autre part, des programmes éducatifs spécialement conçus pour les personnes atteintes de diabète de type 2. Ces programmes auront pour objectif, dans un premier temps, la réduction pondérale, puis le maintien de celle-ci. Ils devront prendre en compte les facteurs individuels des patients diabétiques de type 2, et utiliser des méthodes appropriées visant à modifier les comportements comme par exemple la réintroduction de l'exercice, la modification de la qualité de l'alimentation.

Le DESG est prêt à relever ce défi. Un programme de formation est déjà en cours d'élaboration, nous en avons déjà parlé. Des programmes d'éducation vont être développés. Le site Web est un des outils de travail majeur pour le futur, en le faisant évoluer de plus en plus vers un outil d'éducation et de communication pour les soignants impliqués dans l'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète.

Pr. Aldo Maldonato - Italie

### ENQUÊTE MONDIALE SUR LES BESOINS EN ÉDUCATION

Remplissez le questionnaire sur le site web du DESG : [www.desg.org](http://www.desg.org)

Pour cela, une fois connecté :

- Sur la page d'accès cliquer sur : **Professional Training Inquiry**
- Puis rentrer :

- Nom d'utilisateur : **desg**
- Mot de passe : **welcome**

**MERCI DE VOTRE AIDE !**

## THÉRAPEUTIQUE ET PÉDAGOGIE

### EXPLIQUER - ÉCOUTER ET REFORMULER



CORRIGER, JUGER, ÉVALUER



ÉCOUTER POUR SE FAIRE ENTENDRE

### LANGAGE SAVANT - LANGAGE COMMUN



SE MÉFIER DU LANGAGE SPÉCIALISÉ



TRADUIRE POUR ÊTRE COMPRIS

### COMPÉTENCES LIÉES AU TRAITEMENT



TRANSMETTRE N'AJDE PAS À APPRENDRE



PEUT-ON APPRENDRE EN IMITANT ?

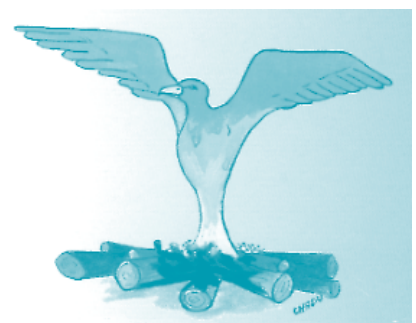


ON APPREND EN FAISANT

### UTILISATION DE L'ERREUR



CORRIGER, JUGER, ÉVALUER



REPÉRER, MONTRER ET TRAVAILLER LA CAUSE DE L'ERREUR

**01 Projet d'une plate-forme hospitalière transversale d'éducation**

V.DAVID, F.MICHAUD, S.BARON. Pédiatrie-Hôpital mère-enfant-CHU Nantes - Quai Moncoussu - 44093 Nantes

L'adhérence au traitement est le problème essentiel de la prise en charge des maladies chroniques de l'adulte mais aussi de l'enfant. Pour favoriser l'observance, il faut éduquer le patient : « former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie » (OMS). Pour éduquer l'enfant malade et sa famille, nous avons créé à Nantes en 1997 une École de l'Asthme. Les enfants, 6 à 8 du même âge, viennent avec leurs parents à 3 sessions de 2 heures, 3 après-midi pendant 3 semaines consécutives. Les animateurs sont des pédiatres, allergologues, puéricultrices, kinésithérapeutes tous formés à la pédagogie. Grâce à l'utilisation d'outils très variés et ludiques, tous les aspects de l'asthme sont abordés en ateliers ou en séances plénières. La dynamique de groupe redonne une motivation pour le traitement de fond. Les enfants diabétiques bénéficient aussi de sessions de groupe au cours de leur suivi alors qu'au moment du diagnostic, ce sont surtout des démarches individuelles. Les mêmes difficultés d'adhérence aux traitements existent dans toutes les maladies chroniques et nous envisageons la création d'une plate-forme éducative commune permettant d'accueillir tous ces enfants. Cet Espace Éducatif serait localisé en Hôpital de jour de pédiatrie là où ont lieu les actions éducatives et élargirait son champ d'activité aux pathologies telles que : Mucoviscidose, hémophilie, drépanocytose, VIH, dermatite atopique. Des médecins et des infirmières référentes de chaque pathologie travailleront avec un coordinateur qui participera à l'élaboration des projets éducatifs et en évaluera l'impact. Des moyens communs en terme de locaux, de matériel éducatif et surtout humains : éducatrice de jeunes enfants, diététicienne, psychologue, kinésithérapeute, assistante sociale permettront une éducation centrée sur le patient et intégrée aux soins.

**DESG de Langue Française - Diabetes Education Study Group**



**SANTÉ - ÉDUCATION  
Paris 2001**

**19 janvier 2001**

**Résumés des communications**

**02 La place des médecins généralistes et des infirmières libérales dans l'éducation thérapeutique des patients à la lumière de l'expérience du réseau REDIAB de Boulogne-sur-Mer**

Dr D.LÉONARD - 28 place Léon Blum. 62200 Boulogne sur Mer

Objectifs : Le réseau est au service des patients pour améliorer leur prise en charge et leur qualité de vie. L'éducation thérapeutique du patient est le point commun entre tous les intervenants : cohérence du message, complémentarité, répétition, renforcement, durée. Moyens : Formation de TOUS les soignants (pédagogique - Référentiel de pratique) Facilitation de l'intervention de tous les partenaires (Éducation physique - diététique - podologie - protocoles coopératifs de soins = dossier partagé) Éducation des patients (objectifs pédagogiques - moyens et méthodes matériel pédagogique - évaluation).

Place de l'infirmière : l'infirmière est appelée à faire le lien entre le patient et le système de soins (élément soignant le plus proche des patients). Dans sa formation : Appropriation des références de pratique clinique appropriation des méthodes et moyens pédagogiques - Connaissance de la problématique des autres intervenants. Dans son action : Formateur dans les groupes de patients - rôle de soignant dans le réseau avec prolongement de l'action pédagogique en individuel suivi au long cours (facteur temps = notion de base en pédagogie).

Place du médecin généraliste : assature du réseau, le patient en étant le pivot et l'infirmière servant souvent de relais entre eux. Dans sa formation : Appropriation des références de pratique clinique appropriation des méthodes et moyens pédagogiques - Connaissance de la problématique des autres intervenants.

Dans la dynamique du réseau : rôle pédagogique (diagnostic éducatif formateur) - rôle de soignant = premier recours et mise en application des protocoles coopératifs

- tenue du dossier partagé = coordination des soins
- continuité des soins et du processus pédagogique
- prise en charge globale (diagnostic éducatif)
- action de prévention (éducation prévention dépistage)
- le diabète en difficulté - intervention du réseau (spécialiste, éducation, autres intervenants)

Conclusion : rôle majeur dans la dynamique éducative et thérapeutique de l'infirmière et du médecin généraliste qui agissent en complémentarité dans un réseau bâti pour le patient

**03 Aide à l'acquisition par le patient diabétique d'une hygiène de vie adaptée et ses résultats au quotidien**

Dr. S.GACHET - C.E.N.D. : CENTRE D'ÉDUCATION EN NUTRITION ET DIABÉTOLOGIE A HYÈRES (VAR)

CEND est une association loi 1901, crée en 1998 et qui présente un caractère unique du point de vue régional voire même national. Elle s'adresse à une population de patients diabétiques et/ou atteints de surcharge pondérale. Son périmètre d'action dans le Var (Hyères et les communes environnantes dans un rayon de 40 Km) lui permet de toucher plus ou moins 2000 diabétiques et 6000 obèses. Son but est d'informer, d'éduquer et permettre à ces patients de suivre les règles hygiéno-diététiques inhérentes à leur pathologie. De son action résulte la création d'un Centre de documentation et d'information avec présentation de matériel, librairie, fiches d'information préventives sur les complications liées aux pathologies, fiches de diététique; de séances d'éducation pour les diabétiques avec intervention de professionnels de santé dans un but de meilleure connaissance de leur maladie et de prévention des complications (macro-angiopathiques, micro-angiopathiques et neurologiques); de cours de diététique avec cuisine éducative animés par une diététicienne diplômée d'État; d'activités sportives dans un but curatif et préventif sous contrôle médical (aquagym, gymnastique, yoga, sophrologie) assurées par des professeurs diplômés; d'un suivi psychologique sous forme de groupes de comportement alimentaire contrôlés par une psychologue. Des plaquettes d'information sont diffusées par l'intermédiaire des personnels de santé (médecins, pharmaciens, biologistes, infirmières, kinésithérapeutes, podologues, diététiciens,...) Un service d'accueil est ouvert ainsi qu'une permanence téléphonique afin de répondre aux besoins d'information et de conseil des patients. Avec la collaboration de la CPAM du Var, CEND a organisé le 21 Octobre 2000 une journée Hyéroise du Diabète qui s'adressait à la fois au public et aux personnels de santé de la région, sous une forme originale : des ateliers pratiques de diététique, de podologie et de sensibilisation aux activités sportives adaptées et nécessaires aux diabétiques. Ces ateliers ont été adaptés suivant qu'ils s'adressaient au patients ou aux personnels de santé. Toujours avec la CPAM du Var, il est prévu en 2001 des journées de formation et de sensibilisation adressées dans un premier temps aux podologues et pharmaciens. Une évaluation des résultats est établie par le contrôle trimestriel du poids et du taux d'hémoglobine glyquée des adhérents. Ces éléments sont réunis sous forme de courbe individuelle / patient / année. Une analyse statistique des courbes de tous les adhérents est effectuée annuellement. A ces éléments quantitatifs viennent s'ajouter une analyse qualitative de l'état psychologique du patient face à sa pathologie grâce aux contacts réguliers de celui-ci avec le service d'accueil et d'écoute de l'association. La fréquentation de l'association ne cesse d'augmenter depuis un an et répond à une demande accrue d'accompagnement complémentaire au suivi médical du patient.

#### 04 Maison du diabète et réseau de soins : projets de l'Ille-et-Vilaine pour promouvoir l'accès des diabétiques à l'éducation

D.PINSARD, AM.LEGUERRIER, I.GUILHEM, JY.POIRIER, T.DAVID, D.MAUGENDRE, M.MONNIER, J.TRAVERS - C.H.R. RENNES.

Les services hospitaliers spécialisés ont développé des moyens et outils éducatifs performants mais qui ne concernent qu'une minorité de patients, surtout parmi les diabétiques de type 2. Les professionnels de santé exerçant en médecine de ville, qui sont par destination les plus proches des patients, n'ont par contre bien souvent ni la formation, ni les moyens d'effectuer ou de proposer une éducation thérapeutique. Un collectif de professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, regroupant diabétologues, médecins généralistes, infirmiers (ières), diététiciens (nes), podologues et pharmaciens a élaboré un projet éducatif en médecine de ville reposant sur :

- La maison du diabète, lieu d'accueil et d'information ouvert à tous les patients et lieu d'éducation. L'éducation y est réalisée par des personnels hospitaliers ou libéraux formés à cet effet.

- Un réseau de soins dont une des priorités est de proposer à tous les patients adhérents du réseau un programme éducatif minimum puis des actions complémentaires basées sur leurs besoins personnels et sur le changement de comportements. Les professionnels adhérents du réseau bénéficient d'une formation comportant un apprentissage à la communication, au diagnostic éducatif et aux techniques pédagogiques.

- La complémentarité des différents lieux d'éducation : hôpital, maison du diabète, cabinets médicaux ou paramédicaux.

#### 06 La qualité du suivi systématique en ambulatoire des diabétiques de type 2 dans une maison médicale de Bruxelles

E.MAQUET, MG.; G.GYSELINX, kiné, Maison Médicale Santé Plurielle, Bruxelles. M.ROLAND, M.PREVOST, J.LAPERUE, Y.GOSSELAIN, chercheurs, Fédération des Maisons Médicales, Bruxelles.

Les Maisons Médicales belges sont des petites équipes autogérées de professionnels de la santé travaillant en ambulatoire. Il en existe une cinquantaine dans la partie sud du pays et une trentaine dans la partie nord de la Belgique. Les deux tiers optent pour un paiement des soins au forfait facilitant le travail en équipe et une prise en charge globale des problèmes de santé intégrant les aspects curatifs, préventifs et éducatifs. Ces équipes, accompagnées par les chercheurs de la Fédération des Maisons Médicales Francophones, ont construit un outil original pour mesurer la qualité des soins prestés aux patients : le Carnet de Bord Assurance de Qualité reprenant les principales étapes du cycle de la qualité réalisables en première ligne et permettant une évaluation permanente des soins et une réorientation de ceux-ci si nécessaire. La Maison Médicale "Santé Plurielle" de Bruxelles utilise ce Carnet de Bord Assurance de Qualité pour le suivi ambulatoire des patients diabétiques de type 2. Au début de la démarche, 29 patients (sur une patientèle totale de 1.800 personnes inscrites) sont répertoriés comme diabétiques de type 2. Ce chiffre de départ est sans doute un peu sous-estimé, des patients diabétiques restent probablement méconnus. 14 critères de la qualité des soins ambulatoires sont envisagés et traduits en objectifs opérationnels pour chaque soignant de l'équipe : la pertinence du projet, son efficacité théorique, l'efficacité des soins mis en place, la globalité de la démarche, la continuité et la pluridisciplinarité des soins, l'intégration des approches curatives, préventives et éducatives, la motivation des soignants et la motivation des patients, l'accessibilité et l'acceptabilité des soins proposés, l'équité envers les patients, la systématisation des démarches mises en place, la participation et la satisfaction des patients. Des indicateurs de structure, de procédures et de résultats ont été définis pour mesurer, par l'informatique en continu et en temps réel, la réalisation progressive des objectifs opérationnalisés. Des tâches simples sont systématiquement appliquées par chaque professionnel de l'équipe dans la prise en charge des patients diabétiques : pour le médecin généraliste : motiver le patient pour ce suivi, paramètres cliniques, paramètres biologiques, stimuler à l'arrêt du tabac ; pour la kiné : stimuler l'activité physique, examen détaillé des pieds, stimuler aux soins dentaires ; pour l'infirmière : expliquer le régime au domicile du patient, en tenant compte des possibilités économiques et du vécu social. Les résultats attendus sont encourageants et généralisables.

#### 05 La formation itinérante ou le cirque pédagogique : une idée originale de formation en Suisse Romande

P.DUPIUIS, infirmière formatrice, coordinatrice du « Centre Romand de Formation pour Soignants » (CRFS), collaboratrice de la Division d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques (DETM), Hôpitaux Universitaires de Genève, Service du Professeur J.-Ph. Assal, et D.Gysin, secrétaire du CRFS et collaboratrice de la DETM.

Depuis plus de 4 ans, un groupe de formateurs se déplace avec tout le matériel pédagogique et logistique nécessaire deux fois par année dans différentes régions de Suisse Romande pour former les soignants à l'enseignement thérapeutique pour patients atteints de maladies chroniques. Ces séminaires excentrés ont pour but principal d'atteindre un grand nombre de professionnels ne pouvant bénéficier des infrastructures des grands Centres Hospitaliers Universitaires de Genève et de Lausanne. Sous le nom « Centre Romand de formation pour Soignants », une formatrice en soins infirmiers et une secrétaire ont déjà organisé 8 séminaires, en collaborant avec les équipes des Profs. J.-Ph. Assal, R. Gaillard et A. Pécoud. Ces formations ont porté sur des thèmes variés qui ont tous un lien étroit avec l'enseignement thérapeutique et l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Les soignants concernés par cette formation sont des médecins, des infirmières, des diététiciennes, des kinésithérapeutes et des psychologues travaillant dans des réseaux de soins en périphérie. Des personnes appartenant au groupe des décideurs politiques et/ou administratifs se sont aussi joints aux participants. A ce jour, un total de 125 personnes ont été formées lors d'un ou plusieurs séminaires. Les thèmes abordés sont les suivants : l'enseignement au patient atteint de maladies chroniques : analyses de cas et exercices pratiques ; la communication thérapeutique prenant en compte les facteurs d'interférence dans la relation ; la motivation du soignant et celle du patient à se soigner ; le partage des responsabilités et du pouvoir dans la relation thérapeutique ; le projet thérapeutique et la notion de contrat entre soignants et patients ; le rôle des représentations en lien avec la culture dans la communication thérapeutique et les aspects de vécu de la maladie chronique en lien avec le suivi et l'accompagnement des patients. Les participants à cette formation ont tous relevé l'expertise des intervenants et la pertinence des interventions utiles dans leur pratique quotidienne. Suite à ces séminaires, plusieurs participants ont développé des projets dans leur institution ou décidé de suivre une formation plus approfondie dans le domaine de l'enseignement au malade, comme celle du Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient, à Genève. Actuellement, les demandes de formation des participants deviennent plus précises et reflètent la difficulté à mettre en pratique les concepts et les situations abordés lors des séminaires. Ceci nous pousse à développer davantage d'ateliers et d'exercices pratiques ainsi qu'à proposer un accompagnement intensifié sur le terrain, au lieu de travail des participants.

#### 07 Utilité d'un hôpital de jour d'éducation ciblée chez les diabétiques de type 1 nouvellement diagnostiqués

N.Baclet, R.Delarraqua, D.Romand, M.L.Lucas, N.Monnier, C.Muller, H.Lebanc - Hôpital Saint-Louis, Service de Diabétologie Paris

L'évaluation de nos méthodes d'éducation doit rester une de nos priorités. Le but de cette étude rétrospective était d'évaluer chez les diabétiques de type 1 le bénéfice d'un hôpital de jour d'éducation ciblée programmé systématiquement 6 mois après le début de l'insulinothérapie. Quarante et un patients diabétiques de type 1 (âge moyen : 31,8 ans), hospitalisés en urgence pour cétose inaugurale ont participé à cette étude. L'hôpital de jour d'éducation consistait en des sessions interactives avec infirmières, diététiciennes, médecin et assistante sociale. Se sont présentés sur convocation à cette journée 65% des patients. Nous avons comparé les caractéristiques cliniques, biologiques des patients s'étant présentés (EDUC +) et ne s'étant pas présentés (EDUC -). Résultats : l'âge moyen (31,6 vs 32,3 ans) le sexe ratio, le poids moyen, l'HbA1c 6 mois après le début de l'insuline ( $7,1 \pm 1,4$  vs  $8,0 \pm 2,2\%$ ) et enfin la situation familiale, le nombre d'actifs et la localisation géographique de leur domicile, n'étaient pas différents. Par contre le pourcentage de patients immigrés étaient significativement plus important chez les patients ne s'étant pas présentés à cette journée (57 vs 26%). Les modalités de suivi médical et paramédical ont été identiques dans les deux groupes. Le nombre de perdus de vue 18 mois après le début de l'insulinothérapie a été de 25,8% dans le groupe EDUC -, et de 15% dans le groupe EDUC +. Au terme de la période d'observation l'HbA1c du groupe EDUC - était à  $7,0 \pm 0,9\%$ , celle de EDUC + était à  $8,1 \pm 2,0\%$ . Cette différence non significative est probablement liée à un nombre inégal de rémission partielle entre les groupes. En conclusion : il est regrettable de constater que 20% des patients diabétiques de type 1 pris en charge dans le service au tout début de leur maladie soient perdus de vue 18 mois plus tard. L'ethnie apparaît comme un facteur déterminant dans l'acceptation d'un hôpital de jour d'éducation. Celui-ci semble représenter un moyen de fidélisation des patients à la structure sans pour autant être déterminant dans l'équilibre glycémique.

**08 Mesures des compétences des patients insulinotraités 3 mois après un séjour en structure d'éducation, un constat, des pistes d'action**

M.ESCALIER, A.LAMBERT, P.CUNY, V.LAMELOISE, M.MALINSKY, F.ZITO - Unité d'Éducation, Service d'Endocrinologie Nutrition du CHR Metz-Thionville. 57100 Thionville.

**Objectifs :** **1)** mesurer des compétences des patients diabétiques insulinotraités (DIT), au terme de leur éducation en hospitalisation de semaine (HS) et 3 mois après en hospitalisation de jour (HJ), dans cinq domaines (a manipulation du stylo à insuline, b. conduite en cas d'hypoglycémie, c. adaptation des doses d'insuline, d. connaissance de la ration, e. connaissance équivalences glucidiques) ; **2)** comparer l'évolution de ces compétences dans le groupe de patients récemment insulinotraités et dans celui mi sous insuline depuis plus de 2 ans. **3)** Dégager de nouvelles pistes d'action pédagogique.

**Méthode :** 25 patients DIT (16 personnes insulinotraitées depuis plus de 2 ans, 9 personnes insulinotraitées pendant leur hospitalisation en HS. 11 hommes, âge moyen 60 ans (23-69), ancienneté du diabète 14,5 ans (5-26), 14 femmes, âge moyen 60 ans (22-75), ancienneté moyenne du diabète 13,9 ans (5-31). L'évaluation objective des 5 rubriques précitées définit trois niveaux de compétence : maîtrisé (M), insuffisamment maîtrisé (IM), non maîtrisé (NM).

**Résultats :** **1)** groupe des 9 patients mis sous insuline : a 78% ont un score M en HS et 89% ont un score M en HJ, b. 89% M en HS et en HJ, c. 44% M en HS et en HJ, d.56% M en HS et en HJ, e. 11% M en HS et 22% M en HJ. HbA1c moyenne : 10.2% en HS, 8.7% en HJ. Les compétences restent stables avec une légère amélioration pour a et e. La bonne évolution de l'hémoglobine glycosylée est liée au changement de traitement. **2)** Groupe des 16 patients déjà insulinotraités : a 89% M en HS et 94% M en HJ, b. 100% M en HS et 56% M en HJ, c.56% M en HS et 31% M en HJ, d. 63% M en HS et 38% M en HJ, e. 6% M en HS et 31% M en HJ. HbA1c moyenne 8.84% en HS et 8,7% en HJ. Les compétences s'améliorent pour a et e mais régressent pour b, c et d. Il n'y a pas d'amélioration de l'HbA1c.

**Conclusions :** **1)** Les connaissances non utilisées s'éroussent : attitude en cas d'hypoglycémie. **2)** L'adaptation des doses ne s'améliore pas (incompréhension des objectifs glycémiques). **3)** Ces deux points font l'objet d'une nouvelle approche pédagogique.

**09 Le DISCOB, un outil d'aide à la décision, pour le patient diabétique insulinotraité**

M.A.DELVILLE, P.CUNY, M.ESCALIER, V.LAMELOISE, M.MALINSKY, F.ZITO - Unité d'Éducation, Service d'Endocrinologie Nutrition du CHR Metz-Thionville, 57100 Thionville.

Les objectifs glycémiques (OG) représentent une notion abstraite pour les patients insulinotraités qui perçoivent difficilement leur modalité d'utilisation et leur intérêt pour l'amélioration de l'équilibre glycémique.

Le Discob (**Disque pour Objectifs**) a pour but d'aider les patients à concrétiser cette notion et de faire de l'OG (avant les repas ou au coucher) une aide à la décision dans l'adaptation du traitement insulinique. Il s'inspire du principe du disque de stationnement et se compose : d'une partie fixe avec une échelle de valeurs glycémiques : avant les repas (recto) de 0.5g à 2.10, au coucher (verso) de 1 g à 2.60 g, et d'une partie mobile autour d'un axe qui permet de positionner un curseur reliant la glycémie obtenue à la décision à prendre par le patient, qui se résume ainsi : je diminue ma dose d'insuline, je ne modifie pas ma dose d'insuline, j'augmente ma dose d'insuline. Le disque est incomplet lorsqu'il est remis au patient qui devra, avec l'aide de l'infirmière, dans le cadre de l'enseignement sur les OG : matérialiser ses objectifs, repérer et établir les zones de décision, rédiger le texte de la décision à prendre avec des mots qui lui sont propres mais validés par l'infirmière. Cet outil a été utilisé de septembre à novembre 2000, auprès de 25 personnes insulinotraitées (10 hommes, et 15 femmes, d'âge moyen 65 ans). 18 personnes sont insulinotraitées depuis plus de 2 ans et 7 personnes depuis leur passage dans l' Unité d'éducation. Il apparaît que le Discob est surtout utilisé comme outil d'aide à la décision, en moyenne durant 3 semaines après le retour à domicile. Au delà de cette période, il sert à contrôler, a posteriori, la décision du patient. 23 personnes (92%) disent être plus sûres d'elles pour décider de leur dose d'insuline.

En rendant le patient acteur dans la réalisation d'un outil d'aide à la décision, nous l'avons rassuré, facilité sa compréhension des OG, favorisé leur utilisation quotidienne. Une évaluation de l'impact direct du Discob sur l'adaptation effective, quotidienne de l'insulinothérapie (carnet) est en cours.

**10 Comment les enfants diabétiques français ressentent-ils et traitent-ils leur hypoglycémie et leur hyperglycémie ?**

B.Kakou (1) et D.Marleix (2). (1) Infirmière éducatrice Hôpital Robert Debré (2) Laboratoires Becton Dickinson.

Lors de la journée nationale des familles de l'AJD du 21 novembre 1999, nous avons mené une enquête visant à recueillir les signes d'hypoglycémies et d'hyperglycémies ressentis par des jeunes diabétiques âgés en moyenne de 12 ans (4 à 18) et la conduite qu'ils adoptaient en cas d'hypoglycémie. Sur 156 questionnaires remplis, 36% d'entre eux ont entre 11 et 13 ans. Le questionnaire présentait des dessins extraits du poster de l'AJD éducatif à cocher pour les signes d'hypoglycémie, une liste de dix solutions à cocher pour répondre à la question « que fais-tu lorsque tu sens une hypoglycémie ? » et une liste de cinq solutions à cocher pour la question « que fais-tu si tu trouves un chiffre de glycémie élevé et qu'il y a du sucre et de l'acétone dans les urines ? ». De 6 à 11 ans les signes le mieux ressentis lors d'hypoglycémies sont la faim et la fatigue, de 11 à 17 ans la faim et les sueurs, après 17 ans, les sueurs et les vertiges. Dans la majorité des cas ils rapportent aussi des signes repérés par leur entourage comme la pâleur (63%). La sensation d'ivresse et les troubles de la parole sont les signes les moins souvent reconnus. 72% des enfants ayant répondu prennent du sucre et un morceau de pain en cas d'hypoglycémie, les plus jeunes préviennent leurs parents ou la maîtresse. En cas d'hyperglycémie la majorité des enfants répond qu'ils font plus d'insuline, les 3/4 précisent qu'ils font de l'insuline rapide avant les repas Seulement 2% n'agissent pas et ignorent les symptômes. Vingt deux enfants âgés de 6 à 17 ans mangent moins aux repas, quatorze âgés de 6 à 11 ans appellent l'hôpital contre deux seulement âgés de plus de 17 ans.

**En conclusion :** cette enquête menée auprès de 156 enfants et adolescents diabétiques montrent qu'ils connaissent bien leurs signes d'hypoglycémie dès le plus jeune âge. Ces signes varient en fonction de l'âge. Le fait qu'ils ont des conduites adaptées aussi bien pour le traitement de l'hypoglycémie que de l'hyperglycémie est rassurant et indique que l'éducation qu'ils ont reçue leur a été bénéfique.

**11 Lipodystrophies chez les diabétiques : méthode de recherche**

C.GILBERT, L.BOUDROT, PY.BENHAMOU, S.HALIMI

Service du Professeur HALIMI - Diabétologie-Endocrinologie-11<sup>e</sup> Étage Unité A - CHU A. Michallon 38043 GRENOBLE Cedex 9

Les diabétiques insulinotraités présentent fréquemment une instabilité glycémique. L'étude des différents facteurs favorisants inclut la recherche des lipodystrophies.

**Objectifs :** dépister systématiquement les lipodystrophies chez les diabétiques insulinotraités pour éviter d'injecter l'insuline dans ces sites et tenter de supprimer ce possible facteur de déséquilibre glycémique, de réduire les besoins en insuline et de limiter la détérioration de l'image corporelle des malades.

**Méthode :** elle est basée sur l'observation et la palpation. Sont étudiées tout d'abord les zones conseillées pour les injections d'insuline sans renseignement par le patient sur les sites habituellement injectés. Puis, les zones réellement utilisées sont explorées dans un 2<sup>e</sup> temps. L'examen dure environ 15 minutes.

**Résultats :** cette méthode de recherche permet de dépister des lipodystrophies visibles mais non reconnues comme telles par le patient, et les anomalies constituées, palpables mais non encore visibles.

**Conclusion :** nous proposons une méthode simple, transmissible, aisément utilisable par les soignants afin de mettre en évidence les lipodystrophies, et d'aider le diabétique et à son entourage à les dépister.

*Le DESG de langue française remercie :*  
**l'INSTITUT SERVIER DU DIABÈTE,**  
**LES LABORATOIRES :**  
**BAYER-DIAGNOSTIC, BECTON-DICKINSON,**  
**HOECHST-HOUDÉ, LIFESCAN, LILLY,**  
**MEDISENSE, MERCK-LIPHA, NOVO-NORDISK,**  
**PARKE-DAVIS, ROCHE**  
*de leur collaboration et de leur soutien*

## 12 Stratégies de coping chez des patients diabétiques - Quels liens avec la compliance ?

S.Davaine (1), M.Hautekèete (1), MC.Ferreira (2), R.Bresson (2), V.Averous (2), (1) U.F.R de Psychologie, Université Charles De Gaulle-Lille III, 59653, Villeneuve D'Ascq, (2) Service de Diabétologie, Centre Hospitalier de Douai, 59187, Douai

Cette étude transversale se propose d'étudier les stratégies de coping (i.e. les moyens d'affrontement au stress) mises en place par des patients diabétiques (insulino-dépendants et non insulino-dépendants) pour faire face à leur maladie. L'évaluation conjointe de la compliance des patients (en terme de degré d'adhésion aux recommandations qui leur sont faites) a pour but de déterminer l'existence éventuelle d'un lien entre les modes de coping utilisés et la compliance. Nous avons rencontré les patients lors d'hospitalisations (complètes ou de jour) dans le service (étaient exclus les diabètes gestationnels les découvertes de diabète, les mises sous insuline et les patients ayant des difficultés de compréhension). Dans le cadre d'entretiens individuels, deux questionnaires leur ont été proposés : "Coping et Maladie" de Hautekèete et Wlodarczyk et un questionnaire de compliance que nous avons spécialement élaboré pour cette étude. Les résultats intermédiaires portent sur les 50 premiers patients (dont 4 diabétiques de type 1 et 46 diabétiques de type 2). Cet échantillon est constitué de 24 hommes et 26 femmes dont l'âge moyen est de 57,098 ans ( $\sigma = 1,761$ ); 27 sont traités par insuline et 23 par hypoglycémiant oraux. Nous pouvons déjà affirmer que certains types de coping prédominent chez les patients diabétiques (centration sur soi, intérêt pour le problème) alors que d'autres (échappement-évitement, recherche d'informations, recherche de soutien) sont peu utilisés. De plus, il existe bien un lien entre la mise en œuvre de certaines de ces stratégies et le degré d'adhésion des patients aux recommandations qui leur sont faites. Ainsi, la centration sur le problème et la recherche de soutien sont associées à une meilleure compliance. Ces résultats offrent donc des perspectives intéressantes en terme de prise en charge visant à améliorer la compliance des patients diabétiques.

## 13 De la nécessaire relance des processus éducatifs en diabétologie

J.P.BASCLET. Centre Hospitalier Sud Francilien - 91100 Corbeil-Essonnes

Il s'agit d'opérer une véritable "réinduction cognitive" chez des patients diabétiques (DID et DNID) et dont la durée maladie est variable.

L'acquisition de connaissances "opérationnelles" en diabétologie se heurte, chez ces patients, au retentissement émotionnel de l'annonce du diagnostic, de la dimension chronique de la maladie ("à vie") et des contraintes requises pour assurer le meilleur équilibre glycémique possible. Ces connaissances, quand elles sont acquises, sont souvent confrontées à des croyances de santé et sont toujours susceptibles d'être oubliées, altérées, voire déformées. Toutes ces transformations visent, en fait, à atténuer ou effacer les répercussions que leur prise en compte peut avoir dans la vie quotidienne. Il nous semble donc important de revenir sur tout le parcours de ces patients en diabétologie depuis la découverte de leur maladie. Le groupe (5 ou 6) est donc le cadre convivial (il s'agit d'une journée entière entrecoupée par le repas pris en commun) où s'opère une véritable "relecture" de leur carrière de diabétique. La double dynamique induite par le rappel des connaissances (véritable "piqûre de rappel" pour certains) et la verbalisation des affects associés à l'annonce et à la gestion de la maladie provoque une véritable transmission d'un savoir et d'un savoir faire mieux intégrés, donc plus fonctionnels.

## 14 Les attentes des diabétiques

N.GASQUET, H.AMOUGAY, X.COURTOIS, P.CHOPINET

Service de Médecine Interne et Diabétologie, Centre Hospitalier - BP 2333 - 74011 ANNECY cedex

Le but de cette étude était de mieux connaître les attentes des diabétiques et de les confronter avec les attentes des soignants; nous avons aussi décrit leurs caractéristiques médicales et psycho-sociales afin d'évaluer dans quelle mesure elles influencent leurs attentes; ce travail porte sur 61 diabétiques ayant bénéficié de notre programme éducatif de mai 1999 à avril 2000. Les diabétiques ne semblent pas spontanément très préoccupés par la théorisation de leur maladie mais le deviennent dès qu'on aborde le sujet; ils expriment une attente très importante concernant la prise en compte de leur vécu, les conseils diététiques et la gestion de l'insulinothérapie; ils expriment une attente moins importante en ce qui concerne le risque des complications et la surveillance; ils sous-estiment l'importance de l'activité physique et de la surveillance des pieds alors qu'ils ont une responsabilité importante dans les mesures nécessaires; les attentes des diabétiques étudiés ne semblent pas influencées par leurs caractéristiques sociales; par contre, elles le sont par certaines caractéristiques médicales et psychologiques. Il existe un décalage entre les objectifs des soignants et les attentes des diabétiques. En conclusion, pour mieux adapter l'enseignement donné aux diabétiques, il faut tenir compte de leurs attentes et les sensibiliser aux besoins importants dont ils n'ont pas forcément conscience.

## 15 Évaluation par l'infirmière du comportement du diabétique : validité et valeur prédictive

S.PUCHEU (1), SILLA M.CONSOLO (1), CLUB NOVO DES INFIRMIERES (2)

(1) Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie, de Liaison - Hôpital Européen Georges Pompidou 75015 Paris, (2) 92773 Boulogne Billancourt

L'intérêt d'un outil d'évaluation (échelles comportementales unidimensionnelles graduées) mis à la disposition d'infirmières en diabétologie a été testé dans le cadre d'une étude multicentrique portant sur 150 diabétiques sans complications sévères, âgés de 49 + 16 ans (60% d'hommes, 53% de DID et 81% bénéficiant d'une éducation diabétologique structurée). Les patients ont rempli plusieurs échelles d'auto-évaluation et diverses mesures biologiques : glycémie post-prandiale (GPP), HbA1C, ont été utilisées pour apprécier l'équilibration du diabète. Les résultats montrent qu'il existe une concordance entre infirmières et patients en ce qui concerne l'évaluation de la dépressivité ( $r = 0,28$ ) ou des difficultés d'adaptation au diabète ( $r = 0,29$ ) mais pas pour l'anxiété ( $r = 0,10$ ) et à la limite de la signification statistique pour la qualité du soutien social ( $r = 0,16$ ). Les difficultés de gestion du diabète, notées par l'infirmière, sont liées à un âge plus jeune, à un niveau d'études plus modeste, à un vécu stressant du diabète et à des scores plus bas de qualité de vie; en revanche, cette évaluation ne prédit ni la GPP, ni la HbA1C. La GPP est liée négativement au niveau d'études et la HbA1C positivement au stress perçu. Quant aux problèmes d'adaptation au diabète, évalués par le patient lui-même, ils apparaissent liés, dans une analyse multivariée, à l'absence d'éducation diabétologique structurée, à une moindre qualité de vie dans sa composante psychique, et à une plus forte dépressivité.

Au total : l'outil d'évaluation par l'infirmière s'avère globalement concordant avec les auto-évaluations psychologiques. En revanche, ce sont plutôt ces dernières, ainsi que le niveau d'éducation qui prédisent au mieux les indicateurs biologiques du suivi diabétologique.

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

Faites-le connaître par «Diabète Éducation» en nous transmettant votre dossier :

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

Tél. : 01 60 90 30 86 - Fax 01 60 90 31 57

## 16 Être infirmier référent en diabétologie dans un hôpital cardiovasculaire

A.MOCOCHAIN

Groupe Hospitalier Cochin Saint-Vincent-de-Paul - Service des Maladies Endocriniennes et Métaboliques

L'hospitalisation de patients diabétiques dans des Services non spécialisés pose le problème de la prise en charge du diabète par des équipes non formées dans ce domaine.

Cette situation se ressent d'autant plus si dans l'établissement il n'existe pas de Service référent en diabétologie.

Lorsque l'on rajoute à cela que l'affection intercurrente motivant l'hospitalisation, voire l'hospitalisation elle-même, sont des facteurs de déséquilibre glycémique, on comprend la nécessité d'organiser l'intervention, au moins ponctuelle, de soignants spécialistes.

C'est dans cette optique qu'à l'hôpital Broussais avait été créée une activité d'infirmier référent en diabétologie.

L'objectif était d'assurer aux patients diabétiques une continuité des soins les plus importants, définis et prescrits par le médecin spécialiste avant ou pendant l'hospitalisation dans un Service non spécialisé en diabétologie.

L'intervention peut se faire dans tous les Services de l'Hôpital. Elle est faite à la demande du médecin, avec accord du Chef de Service, et s'appuie sur l'adhésion du patient. L'intervention repose sur une aide personnalisée au patient, assure un suivi éducatif et en relais avec le spécialiste en diabétologie. L'action éducative infirmière est définie par le décret de compétence qui régit la profession.

Le premier temps de l'intervention repose sur une évaluation des connaissances théoriques du patient concernant son traitement, la surveillance du diabète et les complications rencontrées. Puis, a lieu un entretien qui permet d'évaluer la pratique quotidienne. Enfin, l'intervention, elle-même, a lieu permettant de corriger les pratiques. Elle se fait toujours en accord avec le spécialiste qui suit le patient.

Ainsi, ce type d'intervention permet de renforcer les connaissances et les pratiques du patient, elle est une aide pour les soignants non spécialisés.

## 17 Éducation du patient diabétique de type 2 en ambulatoire

D.BANA, INFIRMIÈRE LIBÉRALE, A.LETYNEVEZ, INFIRMIÈRE, F.RASOLARIVALONA ETUDIANT EN MÉDECINE

Le diabète est une maladie chronique dont la maîtrise et le traitement impliquent une participation active du sujet diabétique. L'intuition que les malades soignés en ambulatoire n'ont pas une vision juste du pourquoi ni du comment de leur traitement et qu'il n'y a pas de corrélation entre le comportement préconisé et celui adapté nous a suggéré la question de l'éducation du patient diabétique de type II en ambulatoire.

La vérification de cette hypothèse nous a conduit à enquêter auprès de volontaires - médecins et malades.

Il s'avère que les réponses aux questions proposées sur le profil personnel des patients, l'état de leurs connaissances sur leur maladie et son traitement, la détermination à agir à travers leurs pratiques quotidiennes et l'implication attendue par les médecins ainsi que l'adhésion au traitement proposé ont confirmé l'hypothèse de départ : les diabétiques de type II ne connaissent pas bien ce qu'ils devraient savoir de leur maladie et son traitement ; la nécessité de l'éducation se trouve donc confirmée.

Chaque patient est unique et différent. La marge de manœuvre pour une information juste et efficace est étroite.

L'acte éducatif doit permettre à la personne soignée de s'approprier un savoir au sens large et d'acquérir une capacité à agir utilisable dans des situations variées.

C'est le souci du détail et la répétition des informations qui peuvent faire évoluer les comportements et conduire à une acceptation des grands principes de la prise en charge.

## 18 Programme d'éducation du diabétique de type 2 en surpoids : résultats à 2 ans

Y.Frolla, S.Ward, A.Richard, Service de diabétologie, Hôpitaux du Léman. 74500 Evian Les Bains.

L'étude UKPDS a montré qu'un bon contrôle glycémique diminuait les complications du diabétique de type 2 en surpoids. Ce suivi a mis également en évidence une détérioration régulière de l'hémoglobine glycosylée (HbA1c), après une réduction de 0,8% la première année. Nous présentons les résultats d'une étude rétrospective menée chez 52 diabétiques de type 2 en surpoids. Nous détaillons le programme éducatif de 5 jours, assuré par un médecin - une infirmière - un diététicien et un kinésithérapeute. Une réévaluation est faite en moyenne après 2 ans, le suivi intermédiaire étant assuré par le médecin traitant.

L'âge moyen des patients est de 61 ans, le recul évolutif de la maladie 7,7 ans. La moyenne de l'HbA1c avant éducation est de 9,55% (N < 6,4%). A 2 ans la réduction est de 1,83% avec un taux moyen de 7,72. Nous notons une meilleure observance chez les femmes (-1,92%) en comparaison des hommes (-1,5%) pour un sexe ratio de 1. Les 31 patients insulinés, ont vu leurs taux réduits de 10 à 7,5% avec une prise de poids de 2.1 kg (de 76.2 à 78.3 kg).

Les diabétiques non insulinés ont perdu 2,2 kg, (de 85 à 82,8 kg). Le profil lipidique s'est amélioré, pour le cholestérol de 5,67 à 5,45 mmol/l, pour les triglycérides de 2,75 à 2.23. Le HDL cholestérol augmente de 0,12 mmol/l. L'intensification de leur traitement ne s'est pas accompagné d'hypoglycémies nécessitant une hospitalisation sur les 2 ans de recul.

Nous montrons que l'éducation des patients diabétiques de type 2 en surpoids permet sur le moyen terme d'améliorer le profil métabolique. Le bénéfice chez la femme est supérieur à celui de l'homme.

## 19 Évaluation d'une pédagogie active par atelier culinaire sur la santé des diabétiques de type 2 avec surcharge pondérale

N.BRETON, S.LAROCHE, P.WALKER - Étude prospective sur 6 mois au centre hospitalier de Bourges

Chez le diabétique de type 2 obèse, une perte de poids de 3 à 6 kg entraîne une amélioration de l'équilibre glycémique mais la modification du comportement alimentaire permettant une réduction pondérale reste difficile avec les méthodes éducation classique.

Le but de notre étude était d'évaluer l'efficacité d'une pédagogie active par atelier culinaire sur ces patients.

Nous avons réalisé une étude prospective sur 6 mois en comparant deux groupes de patients diabétiques de type 2 avec surcharge pondérale recrutés au cours d'une hospitalisation pour bilan annuel ou adaptation thérapeutique. Trente deux patients ont bénéficié d'une éducation en groupe à l'atelier culinaire animé par un cuisinier et une diététicienne (groupe A), trente ont reçu une éducation diététique classique, individuelle (groupe B).

Les critères de succès étaient une perte de poids de 3 kg, une réduction de l'HbA1c de 1% et une diminution de l'apport lipidique afin de ne pas dépasser 35% de l'apport énergétique total.

Le groupe A comprenait 17 hommes et 15 femmes âgés de 37 à 71 ans (moy 58.6 ans), le groupe B 13 hommes et 17 femmes âgés de 33 à 74 ans (moy 61 ans).

Dans le groupe A, 40% des patients ont atteint l'objectif de poids contre 13% dans le groupe B, ce résultat est significatif (p = 0.0357).

Dans le groupe A, 52% des patients ont atteint l'objectif de réduction de l'HbA1c contre 43.5% dans le groupe B. Ce résultat n'est pas significatif.

Dans le groupe A, 41.7% des patients ont atteint l'objectif de réduction de l'apport lipidique contre 55.5% dans le groupe B. Ce résultat n'est pas significatif.

Ces résultats nous suggèrent que ce type de prise en charge doit être poursuivi, il serait cependant nécessaire de prolonger le suivi des patients au-delà de 6 mois pour préciser les bénéfices sur le plus long terme.

## 20 Harmonisation des messages nutritionnistes chez le patient diabétique

L.LEDEORE, C.TRECAT, M.H.QUERE M.LE GUELLAUD, M.PICORNELL, N.POULARD Y.PERROUIN - CHR VANNES, LORIENT, LANNION, ST BRIEUC, RENNES, CHANTEPIE

Le suivi des diabétiques peut être effectué par différentes équipes multidisciplinaires, notamment diététiques à l'occasion de déplacements (professionnels ou vacances). Il est donc important qu'un même message éducatif soit transmis. Un groupe de diététiciennes a travaillé à l'élaboration d'un document commun destiné à tous les services de diabétologie régionaux. Ce document se présente sous forme d'un classeur de fiches, susceptibles d'être modifiées en fonction de l'évolution des données. Quatre grands chapitres ont été détaillés : les glucides (répartition, équivalences, index glycémique), les lipides (ration, modes de cuisson, choix), les boissons, les produits édulcorés. Chaque thème comporte une partie théorique et une partie pratique (conseils à donner en fonction de la vie quotidienne : sport, repas à l'extérieur etc.). Ce classeur a été distribué à tous les services de diététique de l'Ouest. Il est en cours d'évaluation. Son utilité dans les réseaux diabète doit être réfléchi.

## 21 Profil socioéconomique et habitudes alimentaires des africains noirs diabétiques suivis dans une unité de diabétologie : analyse d'une intervention diététique

N.BACLET, D.ROMAND, J.F.GAUTIER, G.CATHELINIEAU, P.VEXIAU

Service de Diabétologie, Hôpital Saint Louis, 1, avenue Claude Vellefaux 75475 PARIS Cedex 10

Le contexte socio-économique et culturel, et la barrière linguistique, sont des obstacles au changement de comportement alimentaire. L'alimentation africaine est plutôt hyperlipidique riche en féculents et pauvre en fibres. Le but de l'étude est d'évaluer l'impact de l'éducation diététique chez des patients noirs africains. Dix-neuf patients (sexe ratio 9/10, âge moyen 44 + 10 ans (DS), durée connue du diabète 6 à 8 ans, hémoglobine glyquée 11,5 + 4 %, indice de masse corporelle 27 + 4 kg/m<sup>2</sup>) traités par antidiabétiques oraux (22 %) ou insuline (47 %), en France depuis 18 ± 11 ans ont répondu à une enquête avant et un mois après une éducation diététique réalisée au cours d'une hospitalisation. Vingt deux pour cent des patients vivent en foyer, et 50 % sont sans emploi. Le français est mal compris pour 30 % d'entre eux et 50 % ne le lisent pas. Après éducation, le pourcentage des patients consommant des boissons sucrées a diminué (68 vs 0 % p < 0,001), de même que celui des patients mangeant dans un plat commun (52 vs 13 % p = 0,026) et des patients ayant une alimentation exclusivement africaine (89 vs 67 % NS). Cent pour cent des patients déclarent diminuer leur consommation de graisses, 75 % leur consommation de féculents, 62 % augmenter leur consommation de fibres.

**En conclusion**, la majorité des patients semblent avoir retenu les messages diététiques mais au dépens de leur mode d'alimentation traditionnel. Ce bouleversement des habitudes s'accompagne-t-il d'une amélioration glycémique à long terme et peut-il être soutenu durablement ? Sans doute devons-nous continuer à rechercher des méthodes éducatives qui intègrent davantage les données culturelles.

## 22 Enquête sur les pansements en milieu humide

N.NICOLAS, C.DELAVEAU, G.HOCHBERG, G.CHARPENTIER

CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCIEN 91100 CORBEIL ESSONNE

Nous avons effectué une enquête auprès des soignants du Centre Hospitalier Sud Francilien site de Corbeil. Sur 405 questionnaires envoyés, 58 personnes (8 médecins, 40 infirmières, 3 cadres, 7 aides-soignantes) ont répondu (soit 14 %).

L'analyse des réponses montre que l'existence des pansements humides est connue par 95 % des soignants mais seulement 76 % connaissent leur principe d'action. Les pansements comfell et duoderm sont les plus cités car les plus anciens sur le marché.

Il existe une corrélation entre ce que pensent les soignants et ce qui est réellement pratiqué dans les services (l'opinion sur l'indication, la fréquence d'utilisation et la réalité de la prescription).



## 22 (Suite)

Dans la quasi totalité des services, il n'existe pas de protocole écrit de soins de référence (74 %). 78 % des interrogés souhaitent une formation réalisée par un soignant +/- un délégué médical.

Ces pansements sont utilisés pour leur facilité d'utilisation (facilité de pose 38 %, réfection moins douloureuse 28 %, fréquence moindre 26 %), pour leur efficacité et la réduction du temps de cicatrisation (73 %)

La raison principale de la non utilisation est le manque de protocoles (73 %), le manque de connaissances (14 %), la non disponibilité de ces pansements au sein de l'établissement (10 %) et enfin le manque de preuve sur l'efficacité de la technique (9 %). Les soignants sont intéressés par ces pansements aussi bien pour leur efficacité supposée que pour leur réfection réputée moins douloureuse et moins fréquente.

**Les conclusions** de cette enquête montrent la nécessité d'une formation des soignants de notre hôpital sur les pansements en milieu humide, et la mise en place d'une étude pour évaluer l'efficacité de cette technique.

Nous avons débuté dans un premier temps une formation des soignants de notre service de diabétologie et pensons l'étendre à l'hôpital.

## 23 Élaboration d'un outil de communication et de formation pour les infirmiers libéraux concernant les soins de plaies de pieds des personnes diabétiques

M.Genet, J.F.Gautier, P.Vexiau, G.Cathelineau

Service de diabétologie, Hôpital Saint-Louis, 75475 PARIS Cedex 10

La prise en charge des plaies des pieds des diabétiques peut être améliorée par une meilleure collaboration entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire (libéraux).

Le but est de créer un outil d'information pour les paramédicaux qui souhaitent prendre en charge ces problèmes en collaboration avec les structures hospitalières.

Un diaporama de 21 vues a été réalisé à partir de 36 diabétiques ayant consulté en urgence pour plaie du pied : 69,4 % sont des hommes, 69,4 % ont plus de 60 ans, 69,5 % suivis en unité spécialisée, 47 % ont une infection lors de la prise en charge et 77 % sont des diabétiques de type 2.

Il comporte : 11 diapositives sur le profil clinique, psychologique et social des patients. Sept diapositives concernent le soin : 3 consacrées à la technique de pansement et aux détersions médicamenteuses, 4 illustrent la décharge des plaies chroniques.

Une propose une fiche de liaison type qui décline 8 critères dont le protocole de soins, l'appareillage, les points de surveillance et l'évolution de la plaie ; les 2 dernières insistent sur l'uniformité de la prise en charge globale des patients avec les messages de prévention pour éviter les récives.

Ce diaporama a déjà été inclus dans un module de formation de 30 paramédicaux.

**En conclusion** ce diaporama est un outil interactif entre le secteur libéral et les structures hospitalières qui doit être évalué. Il s'inscrit dans la perspective d'un partenariat pour garantir qualité et sécurité des soins de suite et réduire les dépenses de santé.

## 24 "Paul, libre dans sa tête"

C.BASIN - Diabétologie - MAISON D'ARRÊT DE PARIS LA SANTÉ

Le Diabète de type 1 est relativement fréquent dans la population carcérale jeune Il s'agit, pour les patients vus depuis deux ans à la prison de LA SANTÉ, de jeunes hommes, pour la plupart issus de l'immigration et incarcérés pour trafic de stupéfiants. Leur profil psychologique est dominé par la révolte et l'absence de reconnaissance de toute autorité. Le pari de la relation thérapeutique consiste à rendre à ces jeunes hommes la liberté d'être diabétique dans un univers où la relation à l'autre passe par la violence de la contrainte.

Le diabétologue qui doit faire "tomber les murs" est pris en tenaille entre le patient et la prison. Il doit être le catalyseur d'une alchimie difficile.



## 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

**Dr Muriel CORDONNIER**

Médecine Endocrinologie  
CHG DRON, Hôpital Chatiliez  
133, rue du Président Coty  
BP 619 59208 Tourcoing  
Tél. 03 20 69 44 95 - Fax 03 20 69 45 89

**Dr Marie-Claude REJOU-SANNIER**

Diabétologie - CHR de Seclin  
59113 Seclin  
Tél. 03 20 62 70 00 - Fax 03 20 62 75 60

**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 Yves REZNIK**

Endocrinologie - CHU Côte de Nacre  
14033 Caen Cedex  
Tél. 02 31 06 45 86 - Fax 02 31 06 48 54

#### 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

**Dr Ghislaine HOCHBERG-PARER**

Diabétologie  
9, rue Eugène Gibez - 75015 Paris  
Tél. 01 48 56 01 67 - Fax 01 48 42 05 62

**Dr Helen MOSNIER-PUDAR**

Diabétologie - Hôpital Cochin  
27, rue du Fb St Jacques - 75014 Paris  
Tél. 01 42 34 12 12 - Fax 01 42 34 11 16

#### CENTRE

**Dr Philippe WALKER**

Sce de Diabétologie Endocrinologie  
Centre Hospitalier Jacques Coeur  
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

#### QUÉBEC

**Pr Jean-Luc ARDILOUZE**

Endocrinologie - CHU de Sherbrooke  
30001-12E av Nord - J1H5N Sherbrooke - Québec  
Canada - Tél. 819 564 52 41 - Fax 819 564 52 92

#### 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**

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**

Diabétologie  
28, rue Verdi - 06000 Nice  
Tél. 04 93 82 27 30 - Fax 04 93 87 54 51

**Marie-Martine BONELLO-FARRAIL**

Diabétologie  
8 bis, Bd Joseph Garnier - 06000 Nice  
Tél. 04 93 52 35 45 - Fax 04 93 98 77 91

*Diabetes Education Study Group  
de Langue Française*

## FORMATION DES FORMATEURS

### SESSION 5 - FORMATION DES FORMATEURS

★ *Module 1*  
**DIAGNOSTIC ÉDUCATIF 1**  
29 au 31 mai 2000

★ *Module 2*  
**DIAGNOSTIC ÉDUCATIF 2**  
02 au 04 octobre 2000

★ *Module 3*  
**Module PSYCHO ANALYTIQUE**  
04 au 06 décembre 2000

★ *Module 4*  
**Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE**  
19 au 21 mars 2001

★ *Module 5*  
**COMMUNICATION**  
11 au 13 juin 2001

★ *Module 6*  
**COMMUNICATION (Suite)**  
24 au 26 septembre 2001

★ *Module 7*  
**ÉVALUATION**  
10 au 12 décembre 2001

Les cours sont dispensés à  
**l'ASSOCIATION REILLE**  
34, avenue Reille - 75014 Paris

### RENSEIGNEMENTS :

**Christine BAUDOIN**  
**DESG/Formation des Formateurs**  
INSERM - Unité 341  
Service de Diabétologie 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

Corinne BLANCHET  
Hôpital Cochin - 27, rue du Fb St-Jacques  
75014 Paris - Tél. : 01 58 41 18 91

## D I A B È T E É D U C A T I O N

### COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)  
Claude COLAS (Paris)  
Michel GERSON (Le Havre)  
Anne-Marie LEGUERRIER (Rennes)

Martine LETANOUX (Paris)  
Marc LEVY (Nanterre)  
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