



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 10 - N° 3
2000

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

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

Éditorial

Le DESG de Langue Française, 10 ans au service de l'Éducation Diabétique et de la Diabétologie

Voilà dix ans déjà, un petit collectif de soignants en Diabétologie créait la branche française du groupe européen d'éducation diabétique. Rapidement le DESG LF entreprenait un travail de structuration de cette discipline, élément essentiel de relais entre le savoir, la pratique et les patients. Dans un esprit de collaboration entre tous les soignants, médecins, infirmiers (es), diététiciens(nes), psychologues, ont été mises en œuvre des actions en profondeur visant en premier lieu à former les cadres capables de mettre ensuite en place partout en France des structures de qualité et de former à leur tour d'autres soignants éducateurs. Après dix années, ce sont plus de 600 membres que compte ce groupe de travail réparti sur l'ensemble du territoire français tant dans les grandes structures que dans de plus petits centres hospitaliers et parmi les diabétologues libéraux. Le DESG LF a aussi très vite entrepris un travail de valorisation de l'acte pédagogique en Diabétologie en rédigeant le livre blanc de l'Éducation Diabétique, en intervenant auprès de structures hospitalières pour aider au développement des unités pédagogiques, en entreprenant des contacts fertiles tant avec les Ministères de tutelle qu'avec les sociétés savantes auxquelles ses membres appartiennent généralement et en premier lieu avec l'ALFEDIAM.

Par ailleurs, une structuration régionale a été mise en place, impliquant de nombreux acteurs de premier plan, hospitaliers, universitaires mais aussi de terrain afin d'aller à la rencontre de leurs partenaires, médecins généralistes, pharmaciens, infirmières libérales, podologues, pédicures et promouvoir ainsi une prise en charge sérieuse de diabétiques de type I et surtout de type II de plus en plus nombreux. ➔

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

- Le DESG de Langue Française,
10 ans au service de l'Éducation
Diabétique et de la Diabétologie 33
(S. HALIMI)

• VU POUR VOUS

- Les centres de détection et de
prévention de l'athérosclérose 34
(M. TRAMONI)

• TESTÉ POUR VOUS

- Intérêt d'un logiciel d'A.S.G. afin
d'améliorer la compréhension
et le comportement des patients
diabétiques 36
(A. MOCOCHAIN)

• DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

- Éducation thérapeutique du patient
Recommandations de l'OMS 38
(H. MOSNIER-PUDAR)

• SANTÉ - ÉDUCATION - PARIS 2001

- Programme et bulletin d'inscription 41

• À PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

- Activité physique et obésité 43
(JM. OPPERT)

• CONGRÈS DE DIABÉTOLOGIE

- ALFEDIAM - Diabète Grenoble 2000
Abstracts 45

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

C'est ainsi qu'une multitude d'actions ont été menées jour après jour, sensibilisant et formant de plus en plus de soignants au service des diabétiques et de leur entourage.

De plus, le DESG LF a suscité la mise en place d'actions de recherche clinique, développement ou évaluation d'outils pédagogiques, de matériels techniques, de structures ou programmes pédagogiques, de plus en plus ciblés sur certains groupes de patients ou de soignants. Puis une réunion annuelle mêlant conférences plénières et communications libres a été organisée chaque année associée à la réunion de l'ALFEDIAM depuis Montréal et jusqu'à Grenoble 2000. Toutes ces réunions furent des succès, salles combles, échanges fructueux et passionnés toujours modérés et présidés par la plupart des diabétologues de renom du système médical hospitalo-universitaire.

Dans ces actions, l'industrie du médicament et du diagnostic fut sans cesse à nos côtés qu'ils en soient tous remerciés chaleureusement, en particulier Bernard LESOBRE.

Par ailleurs, des membres du DESG LF ont largement contribué à l'élaboration des critères d'accréditation en Diabétologie défendant l'idée d'un système éducatif large mais soucieux de maintenir un niveau qualitatif élevé avec la même rigueur que celle qu'exige les autres domaines de la Diabétologie. En somme, aucune action en Diabétologie concernant l'éducation du malade n'a été menée sans le concours du DESG LF ou de ses membres à titre personnel.

Enfin, il y a ce journal, Diabète Éducation, voulu d'emblée comme pratique, sérieux, ouvert, et qui a su maintenir un rythme de parution et un niveau satisfaisant au long de cette décennie. Comment remercier tous ces acteurs pour certains bien connus de tous, pour d'autres plus modestes et plus discrets sans en oublier aucun. Ces plus de 600 membres et encore bien d'autres doivent aujourd'hui être remerciés pour leur travail irremplaçable dans cette décennie qui fut une période clef pour la reconnaissance de notre discipline et de l'importance du diabète comme problème de santé publique.

Je souhaite toutefois citer certains d'entre eux, fidèles de la première heure et pour la plupart encore présents et actifs au sein du DESG LF, ainsi Jean-

Louis GRENIER, Paul VALENSI, Guillaume CHARPENTIER, Patrick VEXIAU; et également : Philippe CHANSON, Pierre CHOPINET, Silvène CLAVEL, Hélène HANAIRE-BROUTIN. Enfin rendre hommage à celles qui ont porté à bout de bras la formation des formateurs et tant d'autres missions essentielles : Judith CHWALLOW, Nadia TUBIANA, Anne-Marie LE GUERRIER et particulièrement Fabienne ELGRABLY la Présidente à qui je succède aujourd'hui.

Mais vous êtes d'autres très nombreux à avoir œuvré et si je ne peux tous vous citer, sachez que nous savons à quel point vous avez tous contribué à ce travail de fond et que nous savons que vous continuerez à le faire demain au sein de notre groupe.

Aujourd'hui, nul n'ignore que des turbulences perturbent les relations du DESG LF avec la structure de référence en Diabétologie l'ALFEDIAM. Mais pour nous, seul compte le travail qui reste à faire et notre volonté est de poursuivre à l'intérieur de la Diabétologie à laquelle nous appartenons et dans

laquelle chacun sait que nous œuvrons tous, ce travail entrepris il y a dix ans. Le DESG va poursuivre ses actions dans l'état d'esprit qui a toujours prévalu, un esprit d'ouverture, d'échanges, de libre expression entre soignants et en partenariat avec ceux qui lui ont renouvelé sa confiance, l'AJD, l'AFD et d'autres encore dont la mission est d'être au service des diabétiques. Dès janvier 2001, une journée aura lieu, avec un programme de très grande qualité, une ouverture sur les autres disciplines médicales confrontées avec la gestion de la chronicité et donc la pédagogie. De plus, de nombreuses actions en cours se poursuivent ou d'autres sont en élaboration partout en France. Et puis la nouvelle équipe mise en place, que j'ai l'honneur de coordonner, va œuvrer pour qu'après ces remous, une fois le ciel éclairci, et si la volonté s'en manifeste, nous puissions ensemble aller plus loin dans nos actions au seul service de la Diabétologie.

Merci à H. Mosnier-Pudar, G. Hochberg, J.M Race, B. Cirette, V. Coliche, et J.L Grenier d'avoir accepté de m'accompagner dans cette tâche.

Serge Halimi - Grenoble

VU POUR VOUS

Les centres de détection et de prévention de l'athérosclérose (CDPA)

L'athérosclérose constitue toujours à l'heure actuelle un des problèmes les plus importants de Santé Publique en France où elle reste la première cause de mortalité. Pouffant, le corps médical, mais aussi le grand public, connaissent de mieux en mieux ses principaux facteurs de risque et savent que leur correction fait diminuer la mortalité cardiovasculaire. Ainsi les patients présentant un facteur de risque patent isolé, comme un diabète franc ou une hypertension sévère, sont en général convenablement traités et suivis.

Par contre, c'est la prise en charge des sujets qui cumulent de multiples "petits risques" qui est le plus souvent insuffisante. L'exemple type est celui de

l'homme fumeur présentant une obésité abdominale modérée, qui ne fait pas d'exercice et qui a une glycémie et des triglycérides "limites".

Sa prise en charge n'est pas toujours bien réalisée car, peu motivé, il appartient souvent à une couche socioprofessionnelle défavorisée, consommant spontanément peu de soins où les préoccupations de santé ne sont pas au premier plan.

De plus, il est difficile pour un médecin isolé, quelles que soient ses compétences, de prendre en charge les divers aspects de la maladie athéromateuse ainsi que la multiplicité des facteurs de risque d'autant plus que la correction de l'un peut retentir sur un autre.

C'est l'ensemble de ces considérations qui a justifié la mise en place par le Ministère de la Santé, en 1995 et pour une durée de cinq ans, de cinq centres de détection et de prévention de l'athérosclérose (CDPA) dans les CHU suivants :

- * **Lille** : Institut Pasteur,
- * **Lyon** : Hôpital de l'Antiquaille,
- * **Marseille** : Hôpital de la Timone,
- * **Paris** : Hôpital Pitié Salpêtrière,
- * **Toulouse** : Hôpital Purpan.

Leur mission essentielle est d'identifier la population à haut risque cardio-vasculaire, notamment du fait de l'association de plusieurs facteurs de risque, afin d'améliorer sa prise en charge.

De façon plus explicite, quatre objectifs communs leur ont été proposés :

- * harmoniser la prise en charge des divers facteurs de risque cardio-vasculaire en s'intéressant aux patients à haut risque en particulier dans les couches défavorisées de la population ;
- * développer et évaluer les marqueurs du risque de façon à pouvoir dépister avec la plus grande efficacité et au moindre coût les patients à haut risque, participer et/ou coordonner des études épidémiologiques et des essais thérapeutiques ;
- * organiser un enseignement et développer la recherche en prévention cardio-vasculaire.

Les CDPA sont des structures distinctes au sein des CHU, autonomes en matière de locaux, de personnel et de matériel. Ils fonctionnent sous forme de fédérations de services hospitaliers cliniques et/ou d'exploration coordonnées par un praticien hospitalier plein temps. Les spécialités cliniques impliquées dans le traitement de l'athérosclérose sont représentées au sein de la fédération : cardiologie, diabétologie - nutrition, lipidologie, neurologie... avec des variantes selon les centres. Les cinq centres travaillent en liaison étroite sous l'égide d'une Commission Ministérielle.

Leur fonctionnement, de type hospitalisation de jour, est assez standardisé :

■ **Les patients sont le plus souvent adressés au CDPA par un médecin** : généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier, voire médecin du travail ou des Centres d'Examens de Santé de la Sécurité Sociale.

Les critères de recrutement sont précis :

- * existence d'au moins deux facteurs de risque cardio-vasculaire (sexe masculin, obésité, hypertension artérielle, tabagisme, diabète, dyslipidémie...) en prévention primaire et/ou,
- * des antécédents personnels de pathologie cardio-vasculaire en prévention secondaire.

■ Un bilan identique pour tous les centres est réalisé sur **une journée** par l'équipe multidisciplinaire médicale et para médicale. Il comporte :

- * Un examen clinique orienté sur la pathologie cardio-vasculaire avec recueil de données quantitatives et qualitatives pour chaque facteur de risque et une évaluation de l'activité physique.

* Des auto-questionnaires : questionnaire général de santé, échelle globale et/ou spécifique d'anxiété dépression. Pour les fumeurs : des tests de dépendance nicotinique et de motivation pour le sevrage.

* Une enquête diététique très détaillée avec analyse informatisée immédiate qui sert ensuite de base à l'élaboration d'un régime personnalisé.

* Des examens biologiques axés sur la recherche de facteurs de risque.

* Un électrocardiogramme, une échographie-doppler des artères carotides qui est l'examen de référence en matière d'appréciation de l'athérosclérose, et des mesures répétées de la tension artérielle.

■ Le déjeuner est ensuite pris en commun et l'après midi est consacré à **l'information sur les facteurs de risque** sous forme de consultations individuelles ou de réunion du groupe selon les Centres, certains mettant également à disposition des patients des programmes informatiques d'auto formation.

Systématiquement, des conseils nutritionnels et un régime personnalisé sont remis à chaque patient. Si elle est nécessaire, une consultation anti-tabac fait aussi partie du programme de l'après midi.

Dans certains centres, les patients bénéficient en fin d'après midi d'une consultation de synthèse reprenant l'ensemble des éléments abordés au cours de la journée ainsi que les objectifs à atteindre.

Dans tous les CDPA, un compte-rendu comportant tous les résultats de la journée est remis au patient avant son départ pour transmission au médecin traitant.

■ Par la suite, à l'issue d'une réunion de synthèse multidisciplinaire sont également envoyés au médecin traitant :

* si nécessaire une liste d'examen complémentaires à réaliser,

* l'évaluation du niveau de risque cardio-vasculaire du patient,

* une proposition de prise en charge thérapeutique personnalisée des divers facteurs de risque du patient prenant pour base les recommandations des Sociétés Européennes de Cardiologie, d'Athérosclérose et d'Hypertension Artérielle. La mise en place de ces traitements et leur suivi seront réalisés par le médecin traitant qui reste le médecin prescripteur, le CDPA se situant uniquement comme "prestataire de service".

D'autre part, ces données locales sont centralisées pour être ensuite regroupées et analysées au niveau national avec celles des autres Centres, ce qui devrait permettre de mesurer sur une large échelle l'impact de ces structures en matière de prévention cardio-vasculaire. En effet, les CDPA reçoivent actuellement en moyenne cinq sujets par jour, cinq jours par semaine, ce qui permet à chaque centre de totaliser environ 1500 patients par an.

On le voit, une place importante est réservée à la pédagogie dans les CDPA, l'un des buts essentiels étant d'aider le médecin traitant à "faire bouger" le comportement de son patient, souvent en bonne santé apparente, vis à vis de ses facteurs de risque cardio-vasculaire.

En effet, la plupart du temps, la connaissance de ces facteurs n'empêche pas le sujet exposé de continuer à pratiquer des conduites à risque, faute d'envie ou de courage pour les modifier, ce d'autant que cette notion de risque a des connotations très différentes selon les individus : de nombreux sujets la vivant comme quelque chose d'extérieur sur laquelle ils n'ont pas de prise.

Les acteurs des CDPA savent bien qu'il est difficile de mobiliser un individu et de le faire changer d'attitude en une seule journée.

La "révélation" du risque et sa quantification ne constituent que la première étape de la prise de conscience. Il s'agit ensuite de faire passer le message mais aussi de faire parler le patient pour savoir s'il réalise qu'une prévention peut s'appliquer à lui, éventuellement pour qu'il exprime son scepticisme, voire son pessimisme.

C'est seulement après cette mise à plat qu'on pourra donner des amorces de solution et surtout éviter la résignation vis à vis d'un risque subi. Par ailleurs les patients, à l'issue de la journée, parlent avec les résultats de leurs examens et les échelles leur permettant d'évaluer eux mêmes l'impact sur le risque des mesures de prévention à mettre en place, ce qui est en soi déjà motivant.

L'année 2000 devrait voir la publication des résultats de l'évaluation de l'activité des cinq Centres, évaluation qui décidera de la reconduction des struc-

tures existantes, voire de la création de nouvelles. Si l'on attend avec intérêt ces résultats, d'ores et déjà il faut reconnaître que la mise en place des CDPA représente une avancée dans l'évaluation de la maladie cardio-vasculaire et l'approche de sa prévention. Leur démarche multidisciplinaire et standardisée au plan national est sans conteste une innovation et un atout importants, tant pour le dépistage de ces patients à haut risque que pour leur sensibilisation aux changements nécessaires de leur mode de vie.

Martine Tramoni - Neuilly

constructif entre les différents acteurs de l'éducation de santé des patients.

Le logiciel "IN TOUCH"

Dans le rôle d'éducation des patients atteints du diabète, nous sommes quotidiennement confrontés à des situations où l'indispensable carnet d'auto-surveillance ne permet pourtant pas toujours :

- de suivre de façon précise le progrès réalisés dans la poursuite des objectifs,
- de repérer avec certitude les moments de la journée où se produit le déséquilibre glycémique,
- d'évaluer le degré de motivation du patient dans l'ASG,
- de comprendre les difficultés pratiques que rencontre le patient dans l'ASG,
- d'identifier les éléments du rythme de vie du patient responsables d'un déséquilibre glycémique,
- d'identifier les écarts alimentaires responsables d'un déséquilibre glycémique,
- etc.

Ce logiciel permet, après recueil des données du lecteur de glycémie PROFIL ou EUROFLASH, l'analyse des résultats par une visualisation des différents graphiques proposés.

Dans un souci de mieux comprendre le vécu du diabète par le patient, il nous paraît intéressant de créer une dynamique relationnelle avec comme point de départ les résultats exprimés sur l'écran de l'ordinateur.

Dans le but d'optimiser l'auto-surveillance glycémique des patients diabétiques, nous avons créé, avec le concours des laboratoires LIFESCAN, un guide nommé "Dialogue" pour faciliter la discussion autour des résultats. Grâce au logiciel IN TOUCH, qui se connecte sur les lecteurs de glycémie PROFIL et EUROFLASH et permet l'analyse des résultats sous forme de courbes, diagrammes, camemberts, nous avons cherché à susciter les échanges autour de réactions tant des patients que des soignants. L'utilisation de ce logiciel dans une consultation médicale et/ou "paramédicale" doit devenir un moment privilégié durant lequel le patient est amené à exprimer ses sentiments et ses craintes ressenties, et favoriser un

TESTÉ POUR VOUS

Intérêt d'un logiciel d'A.S.G.⁽¹⁾ afin d'améliorer la compréhension et le comportement des patients diabétiques

Introduction

Dans le diabète, le patient est invité à adopter une stratégie de soins dans laquelle le traitement se décompose en trois parties bien distinctes mais étroitement liées :

- * les règles hygiéno-diététiques,
- * l'auto-surveillance glycémique accompagnée de l'auto-contrôle,
- * l'auto-administration d'un traitement médicamenteux.

L'auto-surveillance et l'auto-contrôle demandent au patient une adhésion la plus fidèle possible, afin d'obtenir un équilibre glycémique proche de la normale.

Au regard des complications favorisées par un déséquilibre glycémique fréquent, voire permanent, le patient est impliqué journalièrement dans ce traitement. C'est dans cet espoir que le soignant s'engage à l'éduquer afin de lui faire adopter un comportement permettant une approche de cette normalité.

(1) A.S.G = Auto-surveillance Glycémique

Force est de constater que les patients diabétiques présentent un déséquilibre glycémique malgré une éducation à l'auto-surveillance et l'auto-contrôle.

Tout d'abord il est intéressant de noter que la demande émane des patients désireux de transformer "*les contrôles dans les consultations de diabétologie*" en véritables objectifs de soins et d'adhésions à un mode de vie plus adapté à leur santé. En effet le mode de transcription des résultats des glycémies capillaires sur les carnets ne correspond, pas pour la plus part de ceux-ci, à l'attente formulée et ne leur permet pas, dans une majorité des cas, de réagir correctement à des situations bien précises. De plus il est nécessaire de favoriser l'amélioration des prestations apportées par les soignants dans le cadre de l'auto-surveillance et de l'éducation des patients.

C'est dans cet esprit que nous nous sommes intéressés au programme cité qui nous a semblé répondre aux attentes ci-dessus.

Celui-ci présente un intérêt, c'est de permettre un véritable dialogue

échange entre le soignant et lui. L'utilisation de ce logiciel permettra au patient de découvrir de façon imagée ce qu'il convient de réaliser et ce qui induit en erreur.

Réalisation du Guide "DIALOGUE"

Nous avons sélectionné parmi les graphiques proposés par le logiciel, ceux qui nous semblent pouvoir être utilisés dans une stratégie éducative, ceci afin de démontrer la pertinence du guide. En effet il se crée un dialogue par triangulation entre le patient, l'écran de l'ordinateur, et l'éducateur, favorisant ainsi un échange formateur de part et d'autre. En s'appuyant sur des cas concrets, nous avons voulu donner aux soignants, matière à réflexion sur les motivations, les angoisses, les "ras le bol" des patients.

Ce guide est agrémenté de deux parties :

- une première partie dans laquelle on y découvre des cas concrets assortis de solutions d'interprétation et de conseils d'approche du patient;
- une deuxième partie dans laquelle le soignant est invité à inventer d'autres cas pouvant être discutés selon le même principe

Il est intéressant de noter que cette approche du patient diabétique, permet d'établir un véritable dialogue entre le soignant et le soigné. Il fait ainsi apparaître une dimension souvent écartée, celle du changement du mode de vie du patient qui est parfois provoqué par "des facteurs psychologiques" inhibiteurs du comportement adapté à la situation présente. Ces facteurs psychologiques, comme l'anxiété, la dépression, le lieu de contrôle de la santé, le "coping" et le vécu du diabète, sont autant de grains de sable dans le rouage de l'équilibre du diabète. Ces facteurs peuvent être mis en évidence par l'analyse des graphiques, et permettre au soignant de les détecter.

C'est dans cette situation que le soignant a le plus de chance de découvrir les habitudes du patient et ainsi composer avec celui-ci des stratégies visant à améliorer la réalisation du traitement.

Au travers des différents graphiques le soignant va découvrir plus aisément la connaissance qu'a le patient sur sa pathologie, ainsi que ses lacunes qui peuvent expliquer le manque de certains résultats.

COMMENT OPTIMISER L'AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE ?



Utilisation du guide "DIALOGUE"

Ce guide est distribué par le laboratoire LIFESCAN dans les services de diabétologie au personnel paramédical afin de lui permettre de découvrir un nouveau mode d'expression avec ses patients.

Il lui permet également d'entrevoir d'autres réponses en lui permettant de s'approprier ses propres solutions aux problèmes rencontrés, par la question : « Voyez-vous d'autres situations où ce graphique pourrait vous être utile, et d'autres manières de l'utiliser ? », et ceci à chaque graphique. Cette question est suivie d'un emplacement réponse où le soignant note sa proposition. Ce guide est ensuite restitué au laboratoire pour

analyse afin d'améliorer les conditions d'utilisation du logiciel IN TOUCH, et de l'adapter aux besoins exprimés par le soignant.

Conclusion

Dans le cadre "mieux vivre son diabète", il est intéressant de pouvoir mettre en œuvre des outils permettant de mieux comprendre les facteurs intervenant dans la réalisation des soins et conseils à apporter aux patients diabétiques.

C'est pourquoi ce logiciel nous a paru répondre à cette attente. Il a le mérite d'ouvrir la voie de l'aide aux soins, tant du soignant que du soigné, et de réunir ceux-ci dans un dialogue commun.

Arnaud Mocochain - Paris

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

Faites-le connaître par «Diabète Éducation» en nous écrivant :

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

Tél. : 01 60 90 30 86

Fax 01 60 90 31 57

Éducation thérapeutique du patient

Recommandations de l'OMS

L'OMS Europe, grâce à un comité d'experts, a défini des recommandations dans le domaine de "l'éducation thérapeutique des patients". Le but annoncé de ce rapport est "de produire un document destiné à indiquer le contenu d'un programme d'enseignement spécifique à l'intention des soignants... dans le domaine de la prévention des maladies chroniques et de l'éducation thérapeutique du patient". Il s'agit, en fait, de permettre au patient d'acquérir des compétences thérapeutiques afin de les appliquer à lui-même.

Depuis longtemps déjà des soignants se sont impliqués dans la formation des patients, en particulier en diabétologie et ce souvent dans un contexte institutionnel et politique peu propice. Depuis, l'éducation du patient est en cours de développement et de généralisation dans l'ensemble des systèmes de soins. Cette généralisation s'accompagne d'un besoin évident pour les soignants d'acquérir des compétences pédagogiques, de mettre en place des méthodes de formation les plus efficaces et efficientes possibles, de bénéficier des acquis, des expériences et recherches pilotes réalisées dans ce domaine.

Avant tout le terme d'éducation thérapeutique ne doit pas renvoyer vers une éducation normative, qui ne chercherait qu'à atteindre des normes de santé et de société. Il doit aussi intégrer la notion de normes intériorisées par le soignant et le patient surtout, avec une ouverture vers une négociation dont l'issue est une norme relative et pragmatique prenant en compte les normes biologiques, mais aussi le vécu psychosocial de la maladie.

La généralisation de l'éducation thérapeutique passe par plusieurs phases :

- * la définition de bonnes pratiques et l'établissement de critère de qualité;
- * la mise en place de formation des professionnels et donc la définition de programmes de formations;

- * la mise en place d'une évaluation des pratiques;

- * l'intégration à la politique de soin et de santé.

En prévision de ce développement l'OMS Europe a mis en place une large consultation qui a abouti à la réalisation d'un rapport et à la formulation de recommandations. Elles ont été publiées en anglais en décembre 1998, sont aujourd'hui traduites en français et disponibles sur demande auprès du service du Pr Deccache¹. Ces recommandations portent sur les principes de l'éducation du patient et pratiques recommandées, et sur les critères de qualité des programmes de formation des soignants.

Les recommandations s'adressent non seulement aux responsables d'éducation et de la formation, mais aussi à de nombreux autres acteurs, comme les ministères concernés, les institutions d'enseignement, les médias, les compagnies d'assurances, les industries de la santé, le Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS.

Définition de l'éducation du patient

"L'éducation thérapeutique du patient est un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie." Cette définition recouvre donc un large spectre d'activités :

- * la maladie, les comportements de santé et le mode de vie du patient, mais aussi de ceux non concernés par la maladie, c'est "l'éducation pour la santé du patient";

- * les comportements de santé et de maladie, liés au traitement, à la prévention des complications et des récurrences, et autres comportements liés à l'existence de la maladie qui pourrait avoir un impact sur les aspects non médicaux de la vie, c'est "l'éducation du patient à sa maladie";

- * l'éducation directement liée au traitement de la maladie, curateur ou préventif, c'est "l'éducation thérapeutique du patient".

Critères de qualité de l'éducation du patient (Tableau 1)

Il s'agit d'un processus d'apprentissage systématique, centré sur la patient. Il doit prendre en considération :

- * les processus d'adaptation du patient à la maladie (coping, locus of control, croyances et représentations de santé);

- * les besoins subjectifs et objectifs exprimés ou non, des patients.

L'éducation fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge. Elle doit s'adapter à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient (vie quotidienne, environnement psychosocial) et doit impliquer autant que possible la famille et l'entourage proche.

Elle doit être structurée, organisée, réalisée par divers moyens éducatifs. Elle est multiprofessionnelle (toutes catégories de soignants), interdisciplinaire (approche de santé, de soins et de sciences humaines) et nécessite un travail en réseau. Elle inclut une évaluation du processus d'apprentissage et de ses effets.

Elle doit être réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient.

Pour répondre à ses besoins l'OMS reconnaît deux niveaux de formation des soignants :

- * formation "fondamentale" pour la pratique de l'éducation thérapeutique de patient. Elle s'adresse principalement à ceux qui traitent les patients ayant besoin d'apprendre à gérer leur maladie,

- * formation "avancée" qui concerne la capacité à coordonner plusieurs activités d'éducation au sein d'une institution de formation ou d'un ensemble de service de soins. Elle prépare à concevoir, planifier, programmer et gérer des activités éducatives.

TABLEAU 1 - Exemple de profils des compétences de patients atteints de maladies chroniques

Ces exemples ont été construits par des soignants sur la base de leur expérience clinique, parfois en collaboration avec les patients. De tels profils doivent être le résultat d'un dialogue conduisant à un consensus entre le soignant et le soigné. Il faut aider chaque patient à définir ses propres objectifs répondant à ses priorités.

MALADIE CHRONIQUE	LE PATIENT DOIT ÊTRE A MÊME DE :	EXEMPLES DE COMPÉTENCE
DIABÈTE DE TYPE I	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ sélectionner des objectifs pour la gestion de sa maladie ⇒ traiter son diabète à l'aide de l'insuline ⇒ prendre des glucides à chaque repas et collation ⇒ contrôler les variations de son diabète (glycémies) ⇒ traiter les déséquilibres de son diabète (hyper/hypoglycémie) 	<p>Pour l'hypoglycémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ reconnaître les symptômes ⇒ traiter avec 15 grammes de sucre ⇒ reconnaître les causes ⇒ avoir toujours 4 morceaux de sucre sur soi
ASTHME BRONCHIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ sélectionner des objectifs pour la gestion de sa maladie ⇒ reconnaître ses propres symptômes ⇒ traiter une crise d'asthme à l'aide de médicaments ⇒ prévenir la survenue d'une nouvelle crise 	<p>Pour reconnaître ses symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ reconnaître ses propres signes indiquant le début d'une crise ⇒ rapporter ces symptômes au Plan d'Action et agir en conséquence ⇒ appeler en urgence (médecin, ambulance) en fonction d'une symptomatologie pré-établie

Critères de compétences des soignants en éducation (Tableau 2)

Les soignants doivent être capables individuellement ou en équipe de :

- * adapter leur comportements professionnels aux patients et à leur affection (aiguë ou chronique);

- * adapter leur comportement aux patients individuellement, à leurs familles et à leurs proches;

- * articuler leurs rôles et actions avec ceux de leurs collègues qui participent aux soins et à l'éducation du patient;

- * communiquer de manière empathique avec le patient;

- * identifier les besoins objectifs (définis par les soignants) et les besoins subjectifs (propres aux patients et à leur vie) des patients;

- * prendre en compte l'état affectif, le vécu, l'expérience et les représentations de la maladie et de son traitement du patient;

- * aider le patient à apprendre;

- * apprendre au patient à gérer leur traitement et à utiliser les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles;

- * aider le patient à organiser leur mode de vie;

- * choisir les outils adéquats d'éducation du patient;

- * prendre en compte dans l'éducation du patient les dimensions pédagogiques, psychologiques, sociales de la prise en charge à long terme;

- * évaluer l'éducation du patient et ses effets thérapeutiques (biomédicaux et psychosociaux) et apporter les ajustements nécessaires;

- * évaluer et améliorer de façon périodique la performance pédagogique des soignants;

- * éduquer et conseiller le patient quant à la gestion des crises et aux fac-

teurs qui interfèrent avec la gestion normale de leur maladie.

Pour la formation avancée, les soignants devront être, en plus, capables de :

- * promouvoir, concevoir, implanter et évaluer des programmes d'éducation du patient dans les institutions et services de soins; former les soignants à l'éducation;

- * conduire des recherches en éducation thérapeutique du patient.

TABLEAU 2 - Exemple de profil de compétence du soignant

Liste de compétences nécessaires initialement pour une approche centrée sur le patient qui apprend à gérer son traitement. Il s'agit de compétences et non d'obligations.

Au terme d'un premier stage de sensibilisation à l'éducation thérapeutique, les soignants doivent pouvoir développer les compétences suivantes :

- ⇒ reconnaître les éléments spécifiques d'une approche centrée sur le patient et l'apprenant, dans l'éducation thérapeutique. Reconnaître les différences avec leur expérience et leur pratique éducatives usuelles;

- ⇒ décrire les avantages et les limites de ces compétences par rapport à leur approche habituelle;

- ⇒ recenser les ressources nécessaires pour une telle approche thérapeutique centrée sur le patient dans son propre environnement, même s'il existe des contraintes et des obstacles;

- ⇒ ébaucher un plan d'action personnel pour développer une éducation thérapeutique centrée sur le patient et centrée sur l'apprenant, dans leur propre milieu professionnel.

Programme de formation des soignants (Tableau 3)

Les caractéristiques suivantes doivent être retrouvées dans les programmes de formation des soignants pour répondre aux critères de l'OMS :

- * le programme doit inclure les compétences éducatives attendues des soignants dans ses objectifs de formation;

- * le programme doit comprendre une part d'application directe et pratique sur le terrain avec les patients;

- * le programme doit être fondé sur un apprentissage actif et sur un renforcement de la capacité du soignant à planifier et à concevoir sa propre formation permanente, sur la base de son expérience, de ses représentations de son rôle et des besoins, de l'expérience et des représentations des patients;

- * le programme doit intégrer plusieurs disciplines complémentaires telles que la pédagogie, la communication, la psychologie (clinique, psychologie de la santé, psychopédagogie), la sociologie (de la santé et sociopédagogie);

- * le programme doit reconnaître et renforcer les qualités humaines telles que la disponibilité, la discrétion, la tolérance, le respect et l'empathie chez les soignants;

- * les soignants doivent être évalués sur la base d'un projet professionnel.

Outre ces critères, le rapport de l'OMS présente des exemples de contenus de formations et de programmes d'éducation inspirés des expériences des participants. Un glossaire précise les acceptations choisies pour la plupart des termes utilisés.

Ce premier travail sera complété par la publication par l'OMS de critères et de méthodes adéquates et recommandables pour l'évaluation de l'éducation du patient.

Il nous reste à insister ici sur la nécessité de différencier l'acte d'éducation des autres actes de soins. Ce qui signifie qu'un temps, un espace et des procédures spécifiques lui soient réservés. Mais il devra toujours s'intégrer aux autres stratégies de soins.

Helen Mosnier-Pudar - Paris

1. A Deccache ECL-RESO, av Mounier, 50, B-1200 Bruxelles, Belgique.

TABLEAU 3 - Exemple de programme de formation pour soignants en éducation thérapeutique du patient

Exemple d'un programme d'introduction à l'éducation thérapeutique du Patient. Ce programme exige des ressources humaines importantes. Comme il est centré sur le patient, la taille de l'unité clinique d'accueil est le facteur limitant, nécessitant un planning sérieux des gestionnaires.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Durée : 70 heures (2 semaines à plein temps)

Participants : soignants désirant s'informer sur l'éducation thérapeutique, améliorer leur performance en observant le fonctionnement d'un service centré sur le patient atteint de maladie chronique et centré sur l'apprentissage de ce dernier pour la gestion de son traitement.

PROCESSUS

Deux semaines à plein temps dans une unité d'enseignement thérapeutique du patient.

Avec l'aide du personnel soignant de l'unité lors de l'observation directe ou à travers une glace sans tain, ou lors du visionnage d'enregistrement vidéo des activités journalières du groupe de patients hospitalisés dans l'unité.

Observation des activités individuelles des patients.

Discussion des cas sélectionner par les soignants Participation à différentes sessions de clarification avec les soignants de l'unité.

ADMISSION

Les Participants doivent comprendre le langage des patients.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Les participants doivent être capables de :

- ⇒ identifier les éléments d'un enseignement thérapeutique du patient
- ⇒ décrire les avantages et les limites de cette approche
- ⇒ identifier les ressources ainsi que les contraintes et les obstacles à la mise en œuvre de cette approche dans leur propre environnement professionnel
- ⇒ rédiger un plan d'action pertinent pour leur propre situation.

DISTRIBUTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Observation 25 %
Travail en groupe supervisé.... 40 %
Travail individuel 35 %

ÉVALUATION

Évaluation formative à la fin de chaque semaine;

Certificat de participation;

Ce certificat est requis pour pouvoir accéder à une formation plus poussée.

Lectures

1. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques 1998.

2. R Gagnayre, JF d'Ivernois. Raisons et difficultés pédagogiques pour une reconnaissance de l'acte d'éducatif en tant qu'acte thérapeu-

tique. La santé de l'homme, mai-juin 1999 n° 341:10-11.

3. A Deccache. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient? Recommandations de l'OMS. La santé de l'homme, mai-juin 1999 n° 341:12-14.

4. A Lacroix, JP Assal. L'éducation thérapeutique du patient: nouvelles approches de la maladie chronique. Édition Vigot 1998.



DESG de Langue Française - Diabetes Education Study Group



SANTÉ - ÉDUCATION

Paris 2001

19 janvier 2001

AUDITORIUM DE L'INSTITUT PASTEUR
28, rue du docteur Roux - 75015 Paris

PROGRAMME

Éducation des Patients au cœur des réseaux

Réseau de soins : de la théorie à la pratique

Table ronde - le généraliste et l'infirmière libérale dans le réseau de soin de diabétologie
- prévention cardiovasculaire au sein du réseau

La vie du DESG - Résultat de la bourse Alfediam DESG Organon 1997
- Les pharmaciens : exemple d'une formation nationale

Éducation et Pédiatrie

- Expérience d'une plate forme hospitalière transversale d'éducation
- AJD et éducation du jeune diabétique

Croyances et éducation des patients

- L'avis du sociologue
- L'avis du pédagogue



BULLETIN D'INSCRIPTION

Avant le 1/12/2000 : 300F, après le 1/12/2000 : 500F.

Les droits d'inscription incluent : l'accès aux communications, l'accès à l'exposition, le déjeuner.

Les chèques doivent être libellés à l'ordre du DESG de Langue Française.

Nom : _____ Prénom : _____

Médecin Infirmier Diététicien Autre

Adresse Professionnelle : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Bulletin à adresser à :

Dr Mosnier Pudar Helen
Hôpital Cochin - Service d'endocrinologie et maladies métaboliques
27, rue du Faubourg Saint Jacques - Paris 75679 Cedex 14

LA FORMATION DES FORMATEURS :

• POURQUOI ?

Éduquer les diabétiques est indispensable et utile. Sans méthode, les résultats restent insatisfaisants à long terme. Peut-on aller plus loin ? Pour essayer d'aller plus loin que simplement transmettre des connaissances, certes utiles mais insuffisantes, c'est-à-dire toucher les bons comportements sans entraver la qualité de la vie, il est nécessaire d'apprendre à faire un diagnostic éducatif, à le mettre en pratique et à l'évaluer.

• POUR QUI ?

Tous ceux qui s'occupent de l'éducation de diabétiques - médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues.

• COMMENT ?

Sept modules de trois jours chacun, sur une période de deux ans. Ces modules se composent de toutes les étapes du diagnostic éducatif jusqu'à l'évaluation, et sont prévus pour des groupes intensifs et interactifs, multidisciplinaires, dirigés par l'équipe de formation des formateurs du DESG ainsi que des experts sélectionnés.

• QUAND ?

SESSION 5 DE LA FORMATION DES FORMATEURS :



Module 1	DIAGNOSTIC ÉDUCATIF	29 au 31 mai 2000
Module 2	DIAGNOSTIC ÉDUCATIF Comment recueillir les informations	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

• OÙ ?

ASSOCIATION REILLE - 34, avenue Reille, 75014 Paris

• RENSEIGNEMENTS PRATIQUES :

Chaque participant devra fournir 5000 F. par module, non compris ses frais de déplacement et d'hôtellerie.
Pour toute demande de renseignements ou inscription :

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

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Activité physique et obésité

Obésité et activité physique recourent deux domaines étroitement interdépendants. Comme l'a écrit le Pr. Jean Vague, au cours de l'évolution "le stockage énergétique est apparu chez l'animal parallèlement avec la fonction de mouvement" (1).

Activité physique et inactivité physique : quelques définitions

L'activité physique est habituellement définie comme "tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie par rapport à la dépense énergétique de repos" (2). Il est important de noter que la notion d'activité physique définie de cette façon recouvre un domaine plus large que celui de la seule pratique sportive. Par opposition, l'inactivité physique peut être définie comme un état dans lequel les mouvements sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de la valeur de repos (3). L'inactivité physique n'est pas seulement le contraire de l'activité physique mais correspond à un comportement spécifique, le comportement sédentaire (3).

Activité physique : recommandations actuelles pour la population générale

Plusieurs types de recommandations concernant l'activité physique et destinées à la population générale ont été diffusées au cours des dernières années (principalement par les autorités de santé américaines, voir tableau ci-dessous) (2). L'évolution des concepts dans ce domaine est intéressante à considérer (4).

Les recommandations élaborées dans les années 80, basées sur un modèle du type "entraînement physique - forme physique" (exercise training-fitness), avaient pour objectif principal d'augmenter la capacité physique des individus. Le type d'activité préconisée dans ce cas était d'intensité relativement élevée. Les recommandations plus récentes correspondent à un modèle du type "activité physique - état de santé" (physical activity - health) et sont centrées sur l'activité physique nécessaire pour diminuer le risque de pathologie chronique. Comment expliquer cette évolution ? Tout d'abord, il est actuellement re-

connu que le bénéfice substantiel en termes d'état de santé est obtenu lors du passage d'un état d'inactivité à un degré modéré d'activité physique (5). Dans les pays industrialisés, une large fraction de la population est donc concernée : 30% environ des adultes aux États-Unis sont considérés comme sédentaires sur la base de l'absence de toute activité physique de loisirs (en France, il existe peu de données récentes de ce type).

Ensuite, pour pouvoir s'insérer dans le quotidien du plus grand nombre à long terme, les activités recommandées sont non seulement des activités de loisirs mais aussi des activités de la vie courante. Enfin, la possibilité de réaliser l'activité physique en plusieurs fois au cours de la journée est d'un intérêt pratique évident et l'augmentation de la compliance dans ce cas a été démontrée (par ex. 3 fois 10 min. d'activité modérée par jour plutôt que 30 min. en une seule fois).

Une difficulté est de définir ce qu'il faut entendre par activité "d'intensité modérée". La marche rapide est prise comme exemple d'activité type. L'activité physique minimum conseillée correspond donc à la pratique de la marche à un pas soutenu 30 minutes par jour, la plupart et si possible, tous les jours de la semaine. Les activités considérées comme équivalentes sont le vélo (par ex. comme moyen de transport), la natation (en dehors de la compétition), le jardinage, certaines activités ménagères... Des activités d'intensité supérieure peuvent bien entendu être proposées sur une base individuelle. ➔

Tableau - Évaluation des recommandations d'activité pour la population générale

	<i>American College of Sports Medicine (1990)</i>	<i>American College of Sports Medicine (1995) Surgeon General Report on Physical Activity (1996)</i>
Fréquence	3 - 5 jours semaine	6 - 7 jours semaine
Intensité	60 - 90 % de la fréquence cardiaque maximale (50 - 85 % de la capacité aérobie maximale)	Modérée (3 - 6 METS* ou 4 - 7 kcal-min)
Durée	20 - 60 minutes d'activité aérobie continue	≥ 30 minutes/jour en une ou plusieurs fois
Type	Toute activité utilisant les grands groupes musculaires (marche, course, vélo, natation...)	Toute activité pouvant être réalisée d'intensité comparable à la marche rapide

* MET : équivalent métabolique (une valeur MET correspond au rapport entre le coût énergétique d'une activité donnée et la dépense énergétique de repos).

Activité physique et obésité : une relation à double sens

Parmi les facteurs d'environnement en cause dans le gain de poids au cours du temps, non seulement certaines caractéristiques de l'alimentation (densité énergétique en particulier) mais aussi les variations du niveau habituel d'activité physique jouent très certainement un rôle majeur (6,7). De nombreuses études transversales indiquent l'existence d'une relation négative entre le niveau habituel d'activité physique et la corpulence (2). Chez l'enfant, la télévision représente la principale source d'inactivité et le nombre d'heures hebdomadaire de télévision est liée à la prévalence de l'obésité (3). De plus, l'augmentation actuelle de la prévalence de l'obésité dans de nombreux pays industrialisés se fait parallèlement à la généralisation d'un mode de vie de plus en plus sédentaire (6). Il existe cependant encore peu de données sur ce thème en termes de résultats publiés d'études prospectives. Une des difficultés évidentes dans ce domaine est que la diminution d'activité physique peut en effet être à la fois cause et conséquence du gain de poids.

Les interactions potentielles entre le niveau habituel d'activité et les apports alimentaires sont essentielles à considérer dans la détermination du bilan énergétique positif à l'origine du gain de poids. Une étude récente a montré l'importance de l'activité physique non liée à la pratique d'un exercice structuré (non-exercise activity thermogenesis, NEAT) pour limiter la prise de masse grasse en situation de suralimentation (8). Dans l'étude prospective suédoise des femmes de Göteborg, un gain de poids significatif en fonction des apports lipidiques n'était observé que dans le groupe des sujets les plus sédentaires (9).

Activité physique et prise en charge de l'obésité

La promotion et la mise en place de programmes d'activité physique modérée régulière fait partie des différents niveaux de la prise en charge du patient obèse tels que définis récemment : maintien du poids, prévention du gain de poids, traitement des co-morbidités, pertes de poids (10, 11).

La perte de poids due à l'exercice seul, sans restriction alimentaire associée, est modeste, inférieure à celle obtenue par le régime seul. La perte de poids due à l'exercice associé au régime est plus importante que celle induite par le régime seul. L'effet majeur de l'activité physique dans le traitement de l'obésité concerne le maintien du poids à long terme après amaigrissement. Il existe cependant peu d'études contrôlées randomisées de durée prolongée (≥ 1 an) sur ce thème. En termes de composition corporelle, l'association régime et exercice permet de limiter en partie la perte de masse maigre induite par un régime.



L'exercice pourrait également modifier de façon favorable le profil de répartition du tissu adipeux et diminuer la quantité de graisse viscérale abdominale, dépôt adipeux considéré comme critique dans le développement des complications métaboliques de l'obésité. Cependant, cette perte de masse grasse abdominale viscérale reflète en général la perte de masse grasse totale, ces deux variables étant fortement corrélées. Enfin, il est établi que, indépendamment de la perte de poids, une activité physique modérée régulière peut améliorer certaines anomalies liées au syndrome d'insulinorésistance (voir article de M. Rodier dans Diabète Éducation 1998;vol 8 n°2:20-2).

Le problème principal concernant la pratique de l'activité physique chez les patients obèses est bien sûr la faisabilité, en particulier dans l'obésité massive où la capacité physique est fortement réduite (10, 11). Dans ces situations d'obésité massive, la remobilisation progressive utilisant la kinésithérapie et/ou les

techniques de la psychomotricité constitue une première étape et devrait être développée (10). De façon générale, les recommandations récentes d'activité physique destinées à la population paraissent convenir tout particulièrement à la plupart des patients obèses. Chez les patients obèses, seront donc conseillées de façon permanente des activités d'intensité modérée pouvant être intégrées dans la vie quotidienne dans le cadre d'une prise en charge graduée et individualisée (10, 11).

Dans cette perspective, les recommandations d'exercice d'intensité plus élevée peuvent constituer une étape ultérieure, en fonction des possibilités individuelles. Dans tous les cas, parmi les différents facteurs à prendre en compte pour augmenter la compliance aux recommandations sur l'activité physique (12), les conclusions d'une récente réunion de consensus citait : la prescription d'activités simples (comme la marche); la prescription d'activités modérées pouvant être réalisées à proximité du domicile; l'accessibilité des équipements nécessaires; le fait que la prescription soit appuyée par des documents écrits et délivrée par un professionnel de la santé; le support de l'entourage.

En conclusion, la lutte contre la sédentarité et la promotion, d'une activité modérée régulière représentent deux aspects complémentaires d'une même action de santé publique qui paraît essentielle dans la prise en charge de l'obésité tant au plan des individus que des populations.

Jean-Michel Oppert - Paris

Références

- 1 - Vague J, Vague P, Meignen J-M, Jubelin J, Tramiel M. In: Metabolic complications of human obesity, Vague J, Björntorp P, Guy-Grand B, Rebuffé-Scrive M, Vague P, eds, Elsevier, Amsterdam, 1985, pp.3-11.
- 2 - US Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
- 3 - Dietz WH. Proc Nutr Soc 1996;55:829-40.
- 4 - Phillips WT, Pruitt LA, King AC. Sports Med 1997;22:1-7.
- 5 - Haskell WL. Med Sci Sports Exerc 1994; 26:649-60.
- 6 - Prentice AM, Jebb SA. Br Med J 1995;311:437-9.
- 7 - Oppert J-M, Rolland-Cachera M-F. Médecine/sciences 1998;14:939-43.
- 8 - Levine JA, Eberhardt NL, Jensen MD. Science 1999;283:212-4.
- 9 - Lissner L, Heitmann BL, Bengtsson C. Obes Res 1997;5:43-8.
- 10 - Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France. Diabètes Metabolism 1998;24(suppl 2):1-48.
- 11 - Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults - the evidence report. Obes Res 1998;6(suppl 2):S51-S209.
- 12 - World Forum on Physical Activity and Sport. Québec 1995.

CONGRÈS DE DIABÉTOLOGIE

ALFEDIAM - "DIABÈTE GRENOBLE 2000"

21 - 25 mars 2000 - Résumé des communications orales et posters

D01 La prise en compte des particularités individuelles des diabétiques réunionnais : un regard anthropologique

M. RODDIER, X. DEBUSSCHE. Service d'Endocrino-Diabétologie Université de la Réunion, Saint Denis 97405 Cedex.

L'efficacité des actions d'éducation dans le diabète de type 2 est conditionnée par l'ensemble des déterminants susceptibles d'agir sur les comportements de santé. A l'île de La Réunion, la prévalence du diabète sucré est croissante dans un contexte socioculturel en pleine mutation, et les professionnels de santé se heurtent à la difficulté de décoder les interprétations exprimées par les patients. Le but de cette recherche était d'appréhender la pluralité des perceptions des patients diabétiques réunionnais, afin d'affiner l'approche éducative globale du diabète. 40 patients diabétiques ont été interrogés par une anthropologue qui a analysé les conceptions profanes de la maladie et les a classées en modèles de représentations du diabète caractéristiques du contexte local. Il s'agit de modèles tels que: « le normatif » (diabète, mal banal), « l'homologique » (mal destructeur), « le statique » (mal stagnant) ou « le mystique » (mal-épreuve), etc. Car chaque patient se construit un modèle étiologique et utilise un système sémantique particulier, qui déterminent son parcours thérapeutique. Les facteurs d'interprétations se fondent sur trois causes principales - l'hérédité (pourtant souvent niée), l'alimentation, les croyances en santé - dont les valeurs se confrontent à celles des modèles biomédicaux propres aux professionnels de santé et les nombreux paradoxes constatés entre les modèles profanes et biomédicaux permettent d'appréhender les difficultés ressenties par les acteurs de santé. Ces constats soutiennent l'hypothèse que choisir une approche « anthropomédicale » des problèmes de santé peut aider à optimiser l'éducation et la prévention en matière de diabète sucré. L'étape ultérieure consistera à tenter de rapprocher les actions d'éducation visant à modifier les comportements de santé, des connaissances acquises sur les modèles socioculturels.

D02 Évolution à 4 ans du fonctionnement familial dans une cohorte de 165 enfants DID

L. MORET (1), L. DU PASQUIER-FEDAEVSKY (2), GROUPE PEDIAB (3), N. TUBIANA-RUFI (2). (1) DIM, CHG Jousselin, Dreux, (2) Service d'endocrinologie et diabétologie, hôpital Robert Debré, Paris, (3) Services de pédiatrie, CHU d'Amiens, Lille, Rennes, Rouen, Tours.

L'importance du fonctionnement familial (FF) sur l'adhésion au traitement des enfants et de leurs parents, et sur les accidents métaboliques aigus a été montrée lors d'une étude antérieure de diagnostic éducatif dans une cohorte d'enfants DID. L'évaluation des mêmes facteurs a été refaite 4 ans après. Parmi les 165 enfants de la cohorte initiale (âge moyen 10.2 ans) 143 adolescents DID (âge moyen 14.6 ans, durée du diabète 7.4 ans), et un de leurs parents, ont participé à la seconde enquête basée sur des auto questionnaires validés. La cohésion familiale (CF) et l'adaptabilité familiale (AF) ont été évaluées par l'échelle FACES III, qui permet de caractériser les familles en quatre niveaux dans chaque dimension (éclatées, séparées, unies, fusionnelles (CF) et rigides, structurées, souples, chaotiques (AF)). Quatre ans après, les familles ont une cohésion plus faible (plus de familles éclatées ou séparées : 71 % vs 64 % - $p < 0.001$) et une adaptabilité plus forte (moins de familles rigides ou structurées: 44 % vs 57 % - $p < 0.05$). La comparaison des scores moyens appariés montre une stabilité de la cohésion familiale alors que le score d'adaptabilité augmente significativement ($p < 0.05$). Les familles d'enfants à faible cohésion et faible adaptabilité, bien qu'ayant évolué favorablement dans leur FF quand les enfants deviennent adolescents, gardent des caractéristiques particulières : HbA1c moyen plus élevé ($p < 0.05$), score de connaissances des parents inférieur ($p < 0.05$), score d'adhésion au traitement équivalent, revenu moyen et niveau d'études de la mère plus bas ($p < 0.01$). Cette étude de cohorte montre une évolution du FF, les familles devenant plus adaptables quand les enfants DID deviennent adolescents. L'analyse des facteurs liés à cette évolution est en cours.

D03 L'entretien téléphonique dans la prise en charge des patients diabétiques : approche descriptive

P.Y. TRAYNARD(1,3), I. OUSS(2), R. GACNAYRE(3). (1) Service de diabétologie, Hôtel-Dieu, Paris, (2) FOREUM, (3) Laboratoire de Pédagogie de la Santé, Bobigny.

L'entretien téléphonique est-il un moyen supplémentaire utile dans la stratégie de prise en charge des patients diabétiques : suivi éducatif conseils, informations, aide à la prise de décision ? Nous avons cherché à identifier les principes qui permettraient à des soignants de renforcer son efficacité. 15 entretiens simulés, portant sur 3 scénarii de demandes habituelles ont été réalisés en 2 mois par un comédien appelant au hasard des soignants expérimentés, consentants, dans un service de diabétologie. L'étude des caractéristiques de ces enregistrements a été faite au moyen d'une grille portant sur leur contenu, l'interactivité et la stratégie des soignants. Des 12 entretiens techniquement valides on peut retenir les résultats suivants : un délai très variable de reconnaissance de la demande réelle des appels (de 35" à 328", $m = 113$ ") avec néanmoins une certaine pertinence de la décision prise dans 2/3 des cas, mais une synthèse conclusive dans seulement 5 cas. On note de nombreux défauts de gestion de l'interaction et l'absence de conduite structurée dans pratiquement tous les entretiens : durées trop longues en moyenne supérieures à 4' défauts d'écoute active de 0 à 8 ($m = 4$) propositions d'actions par entretien, une non-prise en compte des indices d'émotions exprimées par le patient. Cette analyse met en évidence une centration de l'interaction sur les soignants eux-mêmes et une grande hétérogénéité de leurs réponses. Nous concluons sur la nécessité de développer une formation spécifique à cette sémiologie particulière « à distance » et à la maîtrise de cette technique de communication. Nous proposons, suite à cette étude, nos recommandations sur les orientations d'une telle formation.

D04 Mise en place de mellodia, programme pédagogique accessible sur Internet consacré à l'autocontrôle glycémique

P.Y. BENHAMOU, M. RESSEL, A. RUEFF, C. GILBERT, C. SIAUD, E. BOUDROT, H. AWADA, D. PAGONIS, S. HALIMI. Unité Fonctionnelle de Diabétologie, CHU, BP 217X, 38043 Grenoble, France.

La mise en pratique de l'insulinothérapie intensifiée préconisée depuis l'étude DCCT chez les diabétiques insulino-dépendants rencontre des difficultés certaines. La pédagogie vise à transmettre au patient un savoir faire lui permettant un autocontrôle glycémique, c'est à dire l'adaptation des doses d'insuline selon les résultats de l'auto-surveillance glycémique le contexte nutritionnel et l'activité physique. Les structures traditionnelles de l'éducation diabétique ne suffisent pas pour faire face à la demande réelle. Nous proposons d'utiliser le réseau Internet pour diffuser un programme francophone d'éducation ambulatoire de l'autocontrôle glycémique, destiné aux diabétiques de type 1, interactif et adapté aux possibilités offertes par ce média. De nombreux serveurs consacrés à la santé ont vu le jour depuis l'avènement du réseau Internet. Aucun des serveurs diabétologiques francophones n'utilise pleinement les capacités multimédia ni l'interactivité du réseau Internet, et fortiori aucun ne s'affiche comme programme de formation pédagogique. Nous rapportons ici la première phase de ce projet, consistant en la mise en place du programme éducatif. Celui-ci se base sur 4 scénarii abordant les thèmes de l'activité sportive, de l'adaptation du traitement en conditions de vie régulières, en situation de repas décalés ou sautés, et de décalage horaire. A partir de chaque scénario, l'internaute a accès à un thésaurus, module regroupant les connaissances indispensables à la mise en pratique de l'autocontrôle glycémique. Un autre module regroupe des tests interactifs permettant au patient d'évaluer ses connaissances, point également abordé par l'analyse de carnets glycémiques. Nous avons démontré la faisabilité de la mise en place sur Internet d'un programme éducatif (accessible sur www.sante.ujf.grenoble.fr/SANTE/mellodia/mellodia.htm). La seconde phase de ce projet comparera les connaissances acquises et les résultats métaboliques de deux groupes de 15 patients chacun ayant bénéficié d'un enseignement traditionnel ou d'un programme télématique.

DP1 Effet de l'addition de protéines à la collation du cou cherchez le diabétique de type I

F. S. ZHANG, X.M. LI, A.S. CHAPPUIS, P. FIOUFT, C. FOUQUET, C. MOUTIN, A. RIGOIR, G. SLAMA, J.L. SELAM.

Malgré des rapports récents sur l'effet antihypoglycémiant d'acides aminés comme l'alanine, l'effet protecteur sur l'hypoglycémie nocturne de l'absorption de protéines à la collation du coucher n'est pas prouvé.

Nous avons analysé les profils glycémiques nocturnes de 17 diabétiques de type 1, âge 37 + 10 ans, durée de diabète 13 + 9 ans, après une collation au coucher comportant seulement des glucides (20 g sous forme de biscuits) ou additionnée de protéines (18 g sous forme de fromage blanc), dans des conditions glycémiques et insuliniques contrôlées similaires, en ordre randomisé et à 1 - 3 jours d'intervalle. Les glycémies mesurées toutes les 2 heures sont tout à fait comparables avec les deux types de collations passant par un minimum de 1,2 + 0,1 (glucides + protides) et 1,1 + 0,1 g/l (glucides seuls) à 3 heures du matin. 7 hypoglycémies sont survenues après collation glucidique, 4 après collation glucide-protidique (NS).

En conclusion l'addition de protéines à la collation du coucher ne réduit que modestement et non significativement le risque d'hypoglycémie nocturne chez le diabétique de type I.

DP2 Connaissance et pratique nutritionnelle des patients de Villiers-Saint-Denis

M,N, COSPIN. Diététicienne en Éducation. Département vasculaire diabétologie et appareillage, l'hôpital de Villiers-Saint-Denis.

Plan : I Études auprès de 100 patients de Villiers-Saint-Denis

- II quelles méthodes d'éducation ?
- III Adaptation de l'Éducation au patient

I Études auprès de 100 patients de Villiers-Saint-Denis

Un poste de diététicienne en éducation a été créé en novembre 99. Avant de mettre en place les outils nécessaires au service d'éducation, j'ai réalisée une étude sur 100 patients hospitalisés entre mars et juillet 1999, afin de connaître la population que j'allais éduquer. Les différents graphiques sont :

- Répartition par sexe : 70 % hommes, 30 % femmes
- Moyenne d'âge : hommes 60 ans, femmes 70 ans
- Type de diabète en fonction du sexe : type 1: H 85 %, F 83 % type 2: H 15%, F 17%
- Traitement des personnes diabétiques du type 1 : à peu près identiques pour H et F Ins : 70 %, ADO: 25 %, Régime seul : 5 %
- Indice de masse corporelle: nombre de femmes obèses important
- Pays d'origine : une majorité Français, autre pays varié
- Avez vous reçu une éducation diététique ? : 75 % non, 25 % oui
- Le suivi du régime : sur les 25 % éduqué: oui pour 9 F et 6 H
- Situation sociale du patient : revenus faibles, souvent SDF.

II Quelles méthodes d'éducation ?

Le choix : méthode active L'ÉVALUATION FORMATIVE (atelier de pratique) d'autant que la majorité a des difficultés à lire (mal voyance, langue étrangère, mémoire diminuée par l'âge et l'alcool).

III Adaptation de l'Éducation au patient

L'éducation se fait :

- individuellement avec manipulation des aliments factices où le patient apprend les groupes d'aliments la confection de repas équilibrés et les équivalences glucidiques,
- en groupe avec une mise en situation à l'aide d'un jeu fabriqué sur place par une infirmière et moi-même et expérimenté depuis le mois de mai 99.

Conclusion : Une étape importante manque : la fabrication des repas en cuisine pédagogique.

DP3 Formation à l'acte spécialisé d'éducation (ASE) pour la pratique libérale Une expérience en région PACA FENAREDIAM - DESG-LF avec le soutien de Lilly-France

But : Proposer aux endocrinologues libéraux (EL) une formation(F) à l'ASE, intégrable dans leur emploi du temps, harmonisant la pratique des consultations (CS) à la démarche éducative des centres d'éducation (CE).

Méthodes : Une journée d'information présentant le projet, animée par une équipe d'éducation pluridisciplinaire a incité 15 EL à s'inscrire pour 4 modules (MOD) indissociables d'1 jour 1/2 chacun (1. diagnostic éducatif (DE); 2. techniques de communication (TC); 3. aspects psychoanalytiques (AP); 4. économie de santé (ES), son impact sur le clinicien), animés par des intervenants de la F des formateurs du DESG-LF. Les techniques pédagogiques sont fondées sur la dynamique de groupe.

Évaluation (EV): Elle s'effectue en 2 étapes : une EV immédiate, à la fin de chaque MOD jugeant la perception du MOD (échelle visuelle analogique), une EV 6 mois après la fin du dernier MOD, jugeant l'impact de la F sur la pratique des CS (questionnaire (Q) comportant 15 items; de 1 à 7: conception de l'ASE, de 8 à 13 : changement de pratique induit; 14: satisfaction pour les thèmes choisis ; 15: modifications souhaitées).

Résultats: 10/15 Q retournés, ce mode d'approche du patient est indispensable (8/10) et applicable à d'autres maladies chroniques de la spécialité (9/10). TC (9/10), pédagogie (P) (7/10), pratique du DE (5/10) seraient une aide à la CS de EL. Pour une meilleure adhésion du patient à son traitement, tachant de conserver une qualité de vie. La participation du patient à un groupe est envisageable (9/10); l'éducation doit concerner les soignants médecins et les paramédicaux (SMP) intervenant dans la vie du diabétique.(6/10). Seul le MOD 4 a peu influencé la CS. L'ASE a été mieux maîtrisé (9/10).

Conclusion : Cette F est une aide pour l'EL, mais il faut élargir le 4° MOD, de proposer des ateliers supplémentaires sur TC, P, AP, des stages pratiques. Il faut harmoniser les relations entre EL et CE pour l'accès à l'éducation en groupe, et organiser les relations avec les SMP (DEVPT de réseaux).

DP4 Un carnet de liaison (D) à plusieurs facettes destiné aux diabétiques (D)

N. BRU, B. NADAL ARMERO. Service de Diabétologie, Hôpital Pasteur, Nice.

Buts : Le manque de communication entre tous les paramédicaux et médicaux intervenant près du (D) a été à l'origine de nombreux CL. Celui-ci a pour particularité d'avoir été conçu par 2 infirmières, libérale et hospitalière après l'envoi et l'analyse d'un questionnaire. Il a pour but :

- d'être un relais entre les différents intervenants,
- d'aider le (D) par une aide à chaque chapitre,
- de permettre à chaque membre de l'équipe médicale de faire une évaluation et de fixer de nouveaux objectifs.

Contenu : 11 comprend P l'annotation des objectifs de soin, la description du matériel d'autosurveillance, un chapitre hypo-hyper avec analyse des causes et conduite à tenir pour éviter la récurrence, des conseils pour l'adaptation des doses, enfin une dernière partie consacrée aux plaies des pieds (D) détachable.

Évaluation: Basée sur un questionnaire de satisfaction envoyé 1 mois après l'essai du carnet adressé aux patients et à tous les membres de l'équipe médicale. Il est ressorti pour les patients un indice de satisfaction de 70 % (hypo) 100 % (facilité d'utilisation) 80 % (soins des pieds) mais que 30 % (adaptation des doses). Pour l'équipe soignante un indice de 100 % (compréhension) 90 % (facilité d'utilisation) 90 % (outil utile à l'éducation) 95 % (bon moyen de communication).

Conclusion: Le carnet de liaison n'est pas qu'un simple carnet de surveillance il permet de suivre le traitement l'équilibre et les progrès fait en éducation du patient, il peut être pour le (D) un support de formation et pour l'équipe soignante un moyen de mieux connaître toutes les actions à mener et menées en éducation.

DP5 Le jeu de rôle : une méthode originale interactive de motivation destinée aux médecins généralistes (MG)

M. OLOCCO-PORTERAT, P. COHEN-SOLAL. Service de Diabétologie, DESG Région PACA Hôpital Pasteur, Nice 06300.

But : Obtenir une prise en charge personnalisée des diabétiques (D) par les (MG) pour une meilleure compliance au traitement. Nous avons organisé des jeux de rôle pour un groupe de 12 (MC). Une première réunion de synthèse avait mis en évidence plusieurs points : la non motivation du (D), sa difficulté à réaliser qu'il est (D), la frustration du médecin devant l'échec la mauvaise adhésion au traitement.

Objectifs : Analyser les causes perturbant une prise en charge efficace comprendre pendant une CS l'attente du (D) et celle du médecin, réussir à séparer les objectifs en objectifs 1^{er} et 2nd, trouver les facteurs perturbants.

Méthodes : 12 MG ont participé à la réalisation de ces jeux en prenant pour rôle celle des soignés, soignants, paramédicaux et famille. Pour chaque cas, nous avons analysé les croyances, les objectifs, la satisfaction de chacun.

Résultats : Sur 12 MG, 10 ont joué un rôle; tous ont noté la difficulté de se fixer un objectif et de le garder, le marchandage, le rôle de l'entourage, la tendance à minimiser du patient, l'insatisfaction du médecin devant l'échec et du soigné qui veut entendre qu'il va guérir; ils en ont déduit l'utilité de cette méthode pour une meilleure compréhension du déroulement d'ICS comment elle dévie, que le marchandage aboutit à de petites concessions et évite les grands objectifs.

Conclusions : Nécessité d'avoir un objectif précis et de s'y maintenir, d'apprécier la disponibilité du patient et sa réceptivité, de savoir ou est l'urgence. Le jeu de rôle pose des questions sans amener les réponses. La synthèse doit être faite ensuite de façon précise afin de déterminer si les objectifs à atteindre ont été respectés. Il permet de montrer au médecin traitant que le (D) n'est pas toujours responsable de sa résignation ou de son indifférence.

DP6 Modèle d'intervention interdisciplinaire auprès de personnes présentant une décompensation acido-cétosique modérée ou une hyperglycémie inaugurales : résultats préliminaires

C. MONTREUIL, J. RUIZ, C. BULLIARD, I. BLANCO, C. NEGRE, V. DI-VETTA, R.C. GAILLARD. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse.

Lors d'une décompensation acidocétosique modérée ou une hyperglycémie inaugurales, l'intervention thérapeutique est le plus souvent orientée vers le traitement du déséquilibre métabolique, négligeant l'apprentissage précoce de la gestion quotidienne du traitement et son corollaire, l'éducation thérapeutique. Ce phénomène contribue à prolonger l'hospitalisation; à limiter le développement d'habiletés pour l'auto-soin: à accroître le risque de récurrence de complications aiguës et d'aggravation de complications chroniques. Le Modèle d'Intervention Interdisciplinaire, basé sur l'approche phénoménologique et expérientielle du soin et de l'apprentissage, a été appliqué auprès de 19 personnes âgées entre 19-72 ans (médiane = 36) et qui présentent un diabète de type 1 (n = 7) ou 2 (n = 12). En présence d'un proche, l'intervention thérapeutique éducative d'une durée moyenne de 4-6 heures, orientée vers la gestion quotidienne du traitement, a eu lieu dans le cadre de consultation ambulatoire (n = 7) ou d'hospitalisation (n = 12; durée médiane = 3 jrs). Les personnes ont quitté l'hôpital avec une insulinothérapie intensifiée (n = 17) ou conventionnelle (n = 2). L'équipe de diabétologie assure un suivi téléphonique 24/24 hres et le premier rendez-vous en ambulatoire est planifié au cours de la première semaine.

Les résultats montrent que les personnes expriment une satisfaction à rentrer à domicile dans des courts délais et apprécient que le traitement soit adapté dans le cadre de leur vie quotidienne et non sur un modèle hospitalier. Le retour au travail ou aux activités usuelles s'effectue 24-48 hres après la sortie. Aucune d'entre elle n'a présenté une hypoglycémie sévère au cours de la première année. Elles ont progressivement développé un sentiment d'auto-efficacité en se familiarisant au rythme biophysique du diabète et en validant des expériences quotidiennes initiées par elles-mêmes ou suggérées par les membres de l'équipe. Le Modèle d'Intervention Interdisciplinaire représente une alternative sécuritaire pour motiver la personne nouvellement diagnostiquée à gérer et façonner la trajectoire de sa maladie chronique. Une étude systématique longitudinale est actuellement en cours pour évaluer les effets du Modèle sur la gestion quotidienne du traitement, l'équilibre du diabète et la qualité de vie.

DP7 CEND: un centre d'éducation pour la nutrition et la diabétologie

S. GACHET. (Diabétologue, Nutritionniste) 25, Avenue des Iles d'Or 83400 Hyères.

CEND est une association loi 1901 créée en 1998 et qui présente un caractère original du point de vue régional voire 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 distantes de 40 Km) lui permet de toucher environ 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 pour les diabétiques (bibliothèque, fiches d'informations 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 séances de diététique avec cuisine éducative animées par une diététicienne diplômée d'Etat; d'activités sportives dans un but curatif et préventif sous contrôle médical (aquagym, gymnastique yoga) assurées par des professeurs diplômés; d'un suivi psychologique sous forme de groupes de comportement alimentaire sous le contrôle d'une psychologue. Des plaquettes d'information sont diffusées, auprès des personnes concernées par l'intermédiaire des personnels de santé (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, biologistes, podologues, diététiciens...) et un service d'accueil est ouvert deux jours par semaine. De trente personnes inscrites en 1998, l'association en compte aujourd'hui environ une centaine.

DP8 Le suivi ambulatoire du patient diabétique: sa perception de l'interaction avec une équipe, des soins, de l'enseignement et de la gestion du suivi

V. HINIKER, J. RUIZ, C. BULLIARD, R.C. GAILLARD. Division d'Endocrinologie, Diabétologie et du Métabolisme, C.H.U. Vaudois/P.M.U., Lausanne, Suisse.

Après cinq années d'activité, le suivi ambulatoire de la personne diabétique en milieu hospitalier par une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmières spécialisées, diététiciennes) suscite la réflexion suivante : quelle perception le patient a-t-il du fonctionnement de l'équipe sur les quatre plans suivants :

- interaction avec les intervenants
- qualité des soins
- de l'enseignement et
- de la gestion du suivi ?

Un questionnaire, dont les items s'inspirent d'une étude antérieure publiée, a été administré en entretien direct par une psychologue extérieure à l'équipe soignante auprès de 50 patients âgés entre 18 et 86 ans (médiane = 47.5 ans), suivis depuis plus de quatre mois par le service. Sur la base d'une échelle de Lickert inspirée du modèle de l'échelle visuelle-analogique (0 = jamais, 7 = toujours), le patient évalue sa perception de la cohérence et de la récurrence d'un certain nombre de phénomènes liés à la prise en charge proposée. Dans un second temps, le patient définit les termes clés investis. Les résultats préliminaires suggèrent une expérience très positive de: l'interaction (90.5-96.0 %) des soins (88.6-97.9 %), de l'enseignement (85.1-93.3 %) et de la gestion (95.7-100 %): moyennes obtenues par les réponses aux différents items de chaque plan supérieures à 3.

L'étendue des informations obtenues auprès des patients a donc également permis de cerner, entre autres, quelques caractéristiques d'un bon savoir-faire chez les intervenants: écoute, clarté, « parler-vrai », transmission claire des options auprès du patient, et respect de ses limites; ainsi que des éléments au sein du suivi qui contribuent au maintien de la motivation chez le patient: « parler-vrai », ouverture du dialogue, « conscientisation » lente et progressive, augmentation ponctuelle du nombre de consultations, transmission de savoirs nouveaux (cours, médias, etc.) et possibilité de gratifier les différents intervenants, considérés comme partenaires au sein d'une collaboration.

Même si ce type de questionnaire n'a pas permis de mettre en évidence de manière significative les plans insuffisants au sein du suivi, l'expérience confirme l'importance de continuer à inclure le regard du patient dans la définition des besoins de la personne diabétique afin de l'accompagner vers une autonomie intelligente de la prise en charge de sa maladie.

DP9 Caractéristiques d'une population de diabétiques fumeurs et élaboration de messages éducatifs pour l'aide à l'arrêt du tabagisme

B. CIRETTE (1). Coordinateur du Groupe Régional Bourgogne Franche-Comté du DESCA. LEMOINE (2). Président du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé de la Nièvre (1) Centre Hospitalier, 1 Av Colbert, 58000 Nevers), (2) 39 Bd du Maréchal de Lattre de Tassigny, 58000 Nevers.

Dans la maladie diabétique, le tabac, comme l'hypertension artérielle et les anomalies lipidiques, est un facteur de risque vasculaire. Afin de mettre en place une stratégie et d'élaborer des messages éducatifs pour l'aide à l'arrêt du tabagisme chez les diabétiques, il nous a semblé important de déterminer les caractéristiques de cette population dans notre région. Le Groupe Régional Bourgogne Franche-Comté du DESG, avec l'aide du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé de la Nièvre, a réalisé durant l'été 99, une enquête sur le tabagisme auprès de 380 diabétiques insulino ou non insuline-dépendants. 375 questionnaires ont été interprétables. 17 % des diabétiques interrogés sont fumeurs (63 personnes). 53 % des diabétiques fumeurs sont des femmes et 47 % des hommes. L'âge moyen des fumeurs est de 47 ans contre 58 ans pour les non fumeurs et 59 ans pour les anciens fumeurs. L'âge de début du tabagisme est de 16 ans et sa durée moyenne de 29 ans. Le BMI des fumeurs est de 28 kg/m² contre 31 pour les non fumeurs. L'hypertension est moins fréquente chez les fumeurs que chez les non fumeurs de même que l'hyperlipémie et les complications dégénératives mais ces patients sont plus jeunes de 11 ans. Parmi les diabétiques fumeurs, 89 % d'entre eux fument tous les jours et 63 % sur leur lieu de travail et à leur domicile. 70 % consomment plus d'un demi paquet de cigarettes par jour. 56 % des diabétiques fumeurs souhaitent s'arrêter et 77 % d'entre eux demandent une aide. Ces caractéristiques doivent nous aider à concevoir différents types de programme: - un programme de sensibilisation des patients diabétiques aux risques du tabagisme, - un programme d'aide au sevrage tabagique pour les diabétiques fumeurs qui souhaitent arrêter, - un programme de prévention du tabagisme destiné aux jeunes diabétiques de 14-15 ans.

DP10 Apport de l'anthropologie à l'étude des obstacles à la transmission de messages éducatifs concernant les pieds

M. CORBEL (1, 2, 3), V. GUILLAUME (1), A. HUBERT (3), O. DUTOUR (2), F. DADOUN (1), C. OLIVER (1), A. DUTOUR (1). (1) Service d'Endocrinologie, Maladies métaboliques et de la Nutrition, Hôpital Nord, Chemin des Bourrely, 13915 Marseille, (2) UMR 6578, Faculté de médecine de Marseille, (3) UPRES A5036 Faculté de médecine de Bordeaux.

L'anthropologie apporte une aide efficace à la médecine en lui permettant de connaître et de comprendre comment le savoir populaire agit sur le rapport de l'homme à la maladie et détermine ses comportements. Cette étude consiste en une évaluation des connaissances et des pratiques des patients diabétiques concernant leurs pieds, et de leurs sentiments à l'égard de cette partie du corps, afin de déterminer les obstacles éventuels à la mise en pratique de nouveaux gestes transmis lors des éducations. Elle est basée sur une enquête réalisée par entretiens non dirigés et questionnaires auprès de 41 patients éduqués à distance de leur dernière hospitalisation. Malgré le suivi régulier de ces patients au sein du service, 30 % ne se lavent pas les pieds quotidiennement, 39 % ne s'essuient pas entre les orteils et seule ment 61 % changent de chaussettes tous les jours. Seuls 12 % des patients examinent leurs pieds tous les jours et 41% vérifient leurs chaussures avant de les mettre. Alors qu'ils connaissent les risques d'amputation et appréhendent l'éventualité de telles extrémités, 54 % des patients déclarent qu'ils ne consulteraient pas en cas de plaie, 70 % ne se sentent pas préoccupés par leurs pieds et 73 % n'y accordent pas un intérêt accru depuis la déclaration du diabète. Les pieds suscitent, tout comme l'idée que les patients se font de la maladie, des attitudes et des discours paradoxaux. Bien qu'une importance certaine leur soit accordée, les pratiques ne sont pas modifiées. Les patients ne semblent tout d'abord pas déterminer l'origine du danger, ni la rapidité d'évolution du mal. Leur représentation des mécanismes aboutissant aux lésions des pieds est un obstacle à la prévention. De plus, le poids des habitudes culturelles concernant l'hygiène, qu'ils imaginent protectrice et garante d'une bonne santé, représente un frein certain au changement. Les conseils reçus entraînent une sensibilisation des patients qui conduit à un renforcement des pratiques initiales et non à une véritable modification. En conclusion, il semble nécessaire, dans le but de déterminer et de délivrer efficacement les messages de prévention de se pencher de manière plus approfondie sur les représentations culturelles de la maladie, du corps et de l'hygiène des patients, afin que cela ait un écho dans leur imaginaire.

DP11 Intérêt de l'éducation du patient diabétique en mi lieu ophtalmologique

S. FELDMAN-BILLARD (1), M. PELLETIER (2), B. NAGELIN (2), B. LISSAK (1), M. ULLERN (2), Y. MORIN (1). (1) Sce de Médecine Interne, CHNO des Quinze-Vingts, Paris, (2) Sce d'ophtalmologie III, CHNO des Quinze-Vingts, Paris.

Afin d'apprécier chez des patients diabétiques hospitalisés dans les services d'ophtalmologie le niveau de connaissances sur la maladie diabétique et notamment ses complications ophtalmologiques, nous avons mené une étude chez 44 diabétiques (70 % de femmes), âgés de 67,3 ± 10,4 ans et hospitalisés de façon consécutive en milieu ophtalmologique. L'évaluation était réalisée à partir d'un questionnaire lors d'un entretien personnalisé avec une infirmière. Les 2 principaux motifs d'hospitalisation étaient une chirurgie de la cataracte (51 %) et le traitement médico-chirurgical (20 %) d'une rétinopathie diabétique (phocoagulation, vitrectomie, cryoapplication). La majorité des patients (95 %) étaient diabétiques de type 2 dont 37 % insulino-traités à l'entrée. Le suivi médical était assuré en ville par un médecin généraliste pour 66 % d'entre eux. Seuls 34 % étaient suivis en milieu diabétologique. Les réponses au questionnaire étaient les suivantes: 86 % des patients connaissaient la définition du diabète, 57 % la valeur de la glycémie normale et 1 patient sur 2 (55 %) était capable de prendre en charge de façon satisfaisante une hypoglycémie. Une auto-surveillance était pratiquée chez 64 % des patients à l'aide d'un lecteur (1,7 ± 0,9 glycémie capillaire par jour). Cependant, 18 % devaient faire appel à une tierce personne en raison de leur malvoyance. Peu de patients (44 %) notaient le résultat sur un carnet. Les injections d'insuline étaient encore réalisées avec une seringue chez 40 % des patients et avec l'aide d'une tierce personne chez 33 %. Tous les patients étaient suivis par un ophtalmologiste avec une fréquence de 1,5 consultation par an. La moitié des patients consultait annuellement un dentiste et 70 % prenaient soin de leurs pieds. Mais 36 % des patients ne connaissaient pas la relation entre le diabète et la rétinopathie diabétique et 85 %, bien qu'atteints de rétinopathie, ne consultaient pas de diabétologue. En conclusion, ces patients diabétiques consultent plus souvent l'ophtalmologiste que le diabétologue. Près d'un patient sur 3 méconnaît la relation entre l'hyperglycémie et la rétinopathie diabétique. Ainsi, profiter de l'hospitalisation en milieu ophtalmologique pour initier une éducation devrait avoir un impact en terme de prévention primaire et secondaire des complications ophtalmologiques du diabète et permettre une meilleure compliance au traitement. De plus, proposer une rééducation "basse vision" pourrait faciliter l'auto-surveillance glycémique, les injections d'insuline et ainsi améliorer la qualité de vie chez les patients diabétiques mal voyants.

DP12 Rôle de la compliance, du fonctionnement familial, de l'estime de soi et des connaissances dans l'équilibre métabolique de diabète insulino-dépendant, chez 30 adolescents

I. SORIA (1), P. REINERT (1), F. ROUDOT (2), S. LEMERLE (1). (1) Service de Pédiatrie, l'Hôpital Intercommunal de Créteil, 40 avenue de Verdun, 94010 Créteil, (2) Unité des statistiques et de santé publique, Hôpital Henri Mondor, 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94000 Créteil.

La prise en charge du diabète à l'adolescence est un problème difficile à gérer, par les parents et par l'équipe médicale. Notre objectif était de trouver quels étaient les facteurs corrélés à l'équilibre métabolique (l'hémoglobine glycosylée) afin d'orienter le suivi médical. Matériel et méthodes : Nous avons choisi de faire une étude sur trente adolescents diabétiques âgés de 12 à 20 ans (moyenne 15,3 ans). L'étude a porté sur les paramètres socio-démographiques, l'évaluation de la connaissance du diabète (TDK: Test of Diabets Knowledge), ainsi que la compliance au traitement, le fonctionnement familial (FACES 111: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) et l'estime de soi (Rosenberg). Les patients remplissaient les échelles en auto passation lors d'une consultation au cours de laquelle l'hémoglobine glycosylée était mesurée par le DCA2000. Résultats : La compliance est corrélée de façon positive à l'équilibre métabolique ($r = -0,34$; $p = 0,017$). Nous avons également montré que la connaissance sur le diabète est meilleure dans les familles où le fonctionnement est équilibré ($p = 0,045$). Le modèle circulaire d'Olson permet de définir ces familles qui ont un score moyen de cohésion et d'adaptabilité. Dans la littérature, comme dans notre étude, les paramètres socio-démographiques et la connaissance du diabète ont peu d'influence sur l'hémoglobine glycosylée. En revanche, le fonctionnement familial joue un rôle essentiel dans l'équilibre glycémique, en particulier la cohésion de la famille. De plus, l'estime de soi semble être meilleure chez les adolescents les mieux équilibrés sur le plan métabolique ($p = 0,07$). Conclusion : Notre étude met en évidence le rôle incontournable de la famille dans la prise en charge du diabète à l'adolescence. Bien que cette période de la vie soit l'ère de l'autonomisation, celle-ci ne peut être que progressive, dans un mouvement d'accompagnement de la part des parents.

DP13 Prise en charge actuelle des personnes âgées diabétiques vivant en institution dans les 4 départements Bretons et en Mayenne

J. LUZURIC. M. BODIN. M.F. BRISARD. A. COLOBERT. C. ELBOUGHAMI. M.C. GUILHOUET. D. LECORRE. V. QUENEC'H DUJ. G. RENAUD. P. SCOLAN. M. STHELLOU. M. TOULMINET. T. DAVID-DEFRANCE. Services de Diabétologie et/ou de Gériatrie, Hôpitaux de St Brieuc, Chantepie, Laval, Lorient, Lannion, Rennes.

Un sous groupe du DESG Ouest regroupant des professionnels (médecins, infirmières, diététiciennes) des secteurs diabétologiques et gériatriques a élaboré un questionnaire destiné aux équipes soignantes des établissements où vivent des personnes âgées (foyer logement, hébergement temporaire, maison de retraite, unité de soins longue durée). Le but de cette étude est de connaître le pourcentage de personnes âgées diabétiques vivant en institution et de réaliser une photographie de leur prise en charge. Les items abordés concernent le type de diabète, la surveillance glycémique, la surveillance médicale, le traitement par anti-diabétique oral et/ou l'insuline et l'alimentation proposée. Le questionnaire est à remplir conjointement par le médecin, l'infirmière, l'aide-soignante et/ou l'aide ménagère. Cette étude concerne actuellement les 4 départements bretons et la Mayenne, soit 709 établissements. Le pourcentage de réponses est actuellement de l'ordre de 12 %, soit plus de 200 personnes âgées diabétiques. Ces résultats ne sont que préliminaires.

DP14 Évaluation d'une formation des infirmières libérales en diabétologie par ateliers pratiques

A.M. LEGUERRIER, C. FOULON, E. FLEURY, T. GUILBERT. Groupe Régional DESG Ouest.

Une formation des infirmières libérales a été organisée à partir du document réalisé par la commission inter-régionale du DESG. Elle s'est déroulée sur 3 demi-journées (1 par mois) permettant de réaliser 6 ateliers (2 par après-midi): matériel, adaptation des doses, soins des pieds hypoglycémies, hyperglycémies, 2 ateliers diététiques. 30 infirmières ont ainsi été formées (15 par atelier). L'évaluation a été effectuée par un pré-test et un post-test au début et à la fin de chaque séance ainsi que par un test d'évaluation globale au terme du cycle complet. Les résultats les plus probants sont retrouvés pour le matériel et l'adaptation de doses où les pourcentages de bonnes réponses passent respectivement de 68 % et 55 % à 94 % et 90 %. Les erreurs les plus courantes concernaient la concentration de l'insuline, la recherche d'acétone, les mélanges, la durée d'action de l'insuline ! Pour les hypoglycémies et les hyperglycémies, les bons résultats passent de 50 % à 70 %: les resucrages ne sont pas adéquats (sucres simples uniquement), les signes cliniques ne sont pas tous connus, la notion d'hyperglycémie réactionnelle n'existe pas, quant aux notions diététiques, elles sont faibles au départ (32 % de bonnes réponses). Le pourcentage passe à 62 % après les erreurs les plus courantes: équivalences glucidiques et produits light. L'évaluation globale donne un indice de satisfaction très satisfaisant 8/10 pour le contenu, 8,5/10 pour les méthodes pédagogiques et l'animation, 9,5/10 pour l'implication personnelle et 9/10 pour l'appréciation générale. Tous les participants ont demandé une prolongation de ces sessions. Ces résultats démontrent l'importance d'une formation continue des infirmières libérales par ateliers pratiques.

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

DP15 Aide à la prescription et à la pratique de l'injection d'insuline apportée par un document réalisé à l'intention des infirmiers non spécialisés en diabétologie

H. MOSNIER-PUDAR, G. VIDAL-TRECAN, A. DÉNOUAL, A.M. DUFFAULT, X. BERTAGNA. Service des Maladies Endocrines et Métaboliques, Hôpital Cochin, 27 rue du Faubourg Saint Jacques, 75014 Paris.

Il y a un an l'équipe de diabétologie de l'hôpital Cochin a réalisé un document d'aide à la prescription et à la pratique de l'injection d'insuline. Celui-ci a été distribué dans tous les postes de soins de l'hôpital. L'objectif de l'étude actuelle est de s'assurer de l'adéquation de ce document à son utilisation au quotidien par les infirmiers. Pour cela 3 questionnaires (un par équipe) par poste de soins ont été envoyés dans 18 services non spécialisés, soit un total de 154. 9 services ont répondu, 71 questionnaires ont pu être analysés. 76 % des réponses étaient individuelles, et concernaient pour 53 % les équipes de jour, 25 % de l'après-midi et 18 % de nuit. La majorité a eu à réaliser des injections d'insuline chez des sujets déjà traités, et 81 % ont été confrontés à une mise à l'insuline. 90 % d'entre eux sont familiarisés avec la seringue, seuls 69 et 59 % connaissent respectivement le stylo jetable et le stylo d'injection. Trois questions portaient sur l'utilisation du document à propos de l'aide à la prescription et au geste technique de l'injection, et de l'adéquation entre la pratique et les recommandations données. 11 %, soit 8 infirmiers n'avaient pas connaissance du document. Ils seront exclus pour le reste de l'analyse. Pour l'aide à la prescription 55 % des infirmiers n'ont jamais eu ou partiellement eu recours au document. Les raisons invoquées le plus souvent pour cela sont la participation récente (20 %) à une formation animée par la même équipe que celle qui a réalisé le document, l'aide apportée par les patients (17 %), des connaissances antérieures suffisantes (14 %), une prescription claire de la part du médecin (11 %). Pour l'aide au geste technique 80 % des infirmiers utilisent le document, et 94 % estiment être en accord avec les recommandations qui y sont données. La majorité des réponses négatives concernent les patients qui réalisent eux-mêmes leurs injections. Un seul infirmier travaillant en réanimation relève l'inadéquation du document pour le mode de pratique dans son service. Ainsi ce document particulièrement dans le geste de l'injection, répond à l'attente des infirmiers utilisateurs.

DP16 La vie réussie dite par les diabétiques. Quelle aide pour les soignants dans le choix de la pédagogie ?

C. GILBERT. Service de Diabétologie 11^e étage Unité A, Secteur d'Éducation des Diabétiques. Unité fonctionnelle du Pr S. HALIMI. CHU Michallon, 38043 Grenoble Cedex 9.

Objectifs: Identifier les facteurs de bonne gestion dans la vie réussie dite par les patients, et ce qui peut favoriser la négligence vis-à-vis de la maladie et du traitement, (travail de recherche pour la réalisation du mémoire de DESS Formations en santé. Spécialisation: Éducation du patient. Année 1998-1999). Méthode: 10 diabétiques insulino-dépendants (randomisés dans un groupe de 194 patients, selon l'ancienneté de la maladie (moins de 5 ans, 5 à 10 ans, 10 à 20 ans, plus de 20 ans) et le dosage de l'hémoglobine glycosylée (moins de 7.5 %, entre 7.5 et 8,9 %, plus de 9 %) ont participé à des entretiens semi-directifs individuels sur le thème: « qu'est la vie réussie pour vous diabétique ? » Résultats: Les patients interrogés donnent une définition de leur vie réussie qui ne fait pas intervenir le concept de maladie. Mais les questions sur la place du diabète, dans leur vie actuelle, dans les périodes où elle est satisfaisante et insatisfaisante pour eux, sur ce qu'il représente aujourd'hui, ont permis de mettre à jour les rapports à la maladie des différentes « catégories » de patients. Dans le groupe étudié, les malades qui ont des rapports conflictuels ou d'exclusion (pseudo-acceptation) vis-à-vis du diabète ont les moins bons résultats biologiques, sans influence sur leur sentiment de réussir ou non leur vie; les diabétiques qui ont intégré la maladie dans leur vie ont de bons résultats métaboliques. Conclusion: Ces difficultés des patients imposent aux soignants éducateurs, à l'avenir une recherche systématique des rapports à la maladie et de ses représentations, pour orienter les stratégies pédagogiques. Le travail en groupe serait le moyen le plus efficace d'aider un malade à modifier sa conception négative de la maladie, qui fait obstacle à certains apprentissages. Les patients dont le rapport avec le diabète est plus paisible pourraient tirer profit des travaux collectifs et d'un accompagnement individuel par les soignants.

DP17 Relation du DID à sa maladie et à son diabétologue : résultat d'une enquête par questionnaire anonyme, intérêt dans l'élaboration d'un projet thérapeutique

N. DAVOUS-HARLE. Service de Médecine interne B, CHIC, 78104 Saint Germain en Laye.

Afin de comprendre mieux comment le patient DI D appréhende sa maladie et son traitement, et quelle relation il noue avec son diabétologue et l'équipe soignante, nous avons effectué une enquête par questionnaire (non validé) à réponses fermées, envoyé à chaque patient de notre consultation, avec une enveloppe de réponse anonyme.

Le traitement informatique des données recueillies a été effectué par analyse des résultats bruts, pour ne pas faire de fausses déductions sur des données qualitatives concernant de petits groupes de malades, sur 79 questionnaires, nous avons obtenu 61 réponses, elles ont permis de dégager les mots-clés correspondant à l'image du diabète que s'est façonné le patient au moment où le diagnostic lui a été révélé: une affection menaçante frustrante, responsabilisante, un traitement (encore) frustrant, agressif.

L'évolution de ce sentiment est sensible au moment de l'enquête, (qui a été effectuée 10 ans au moins après le diagnostic pour 75 % d'entre eux) : ce qui domine alors est la crainte des complications, plus encore que la contrainte du traitement dans la vie quotidienne, avec souvent un sentiment défaitiste (difficulté à équilibrer le diabète, à faire des projets, à se sentir en bonne santé); cependant, on observe aussi la reconnaissance d'une responsabilité quant à la qualité de la prise en mains personnelle du traitement (difficulté à mettre en pratique l'enseignement théorique, cependant estimé approprié), tout en déplorant l'incapacité du corps médical à guérir la maladie...

Enfin cette enquête a conclu que pour ces diabétiques, l'idée de santé était plus liée à l'absence de complications du diabète qu'à un chiffre de glycémie ou d'HbA1c que le médecin joue un rôle important et porte lui aussi une part de responsabilité dans la gestion du projet thérapeutique; tous ces éléments sont à prendre en compte dans le choix individualisé de la stratégie à adopter pour prendre en charge le traitement d'un patient DID.

DP18 Éducation thérapeutique transculturelle

L. MARTIN, MD M. NOBEL, C. NEGRE, T. ROSSI, MD R. GAILLARD, MD J. RUIZ. Policlinique Médicale Universitaire & Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse.

La prise en charge de requérants d'asile souffrant de diabète est difficile en raison de leur situation psychosociale, du syndrome post traumatique, de la barrière linguistique et culturelle. Afin d'améliorer et d'atténuer l'impact thérapeutique, des cours ambulatoires pour requérants ont été développés.

Après avis d'un anthropologue et d'une organisation s'occupant des réfugiés en Suisse des cours composés de 4 séances de 2h30, animés par une équipe interdisciplinaire en diabétologie, ont été mis sur pied. Le traducteur avait été formé au préalable. 8 patients (4 Kosovars et 4 Bosniaques) de religion musulmane ont suivis ces cours. Les principaux thèmes étaient :

- « Qu'est-ce que le diabète »,
- « Traitements, hypoglycémie, autocontrôles »,
- « Complications »,
- « Équilibre alimentaire, exercice physique ».

Dès la première séance, la participation des patients a été très active, la dynamique de groupe étant favorisée par le statut commun de requérant d'asile diabétique. La présence d'un intermédiaire en la personne de l'interprète, nous a permis d'accorder plus d'importance à l'observation des messages non-verbaux.

En revanche, nous avons dû nous appliquer à utiliser un langage simple et des messages ciblés.

En décentrant le regard du problème strictement médical, l'adhérence thérapeutique de ces patients s'est trouvée améliorée par une relation de confiance réciproque.

Ces résultats préliminaires ont motivé de développer ce modèle à d'autres groupes ethniques.

DP19 Mise en place d'une nomenclature et d'un guide des actes d'éducation. Rapport préliminaire

J. COUCHOT (1), C. PASQUAL (2), M.F. BECK (3), A. MARCHAND (4). Travail coopératif de sept CH DESG Champagne-Ardenne Collège Régional d'information Médicale Champagne-Ardenne. (1) Diabétologie Epernay, (2) Diabétologie Troyes, (3) DIM Epernay, (4) DIM CHR Reims.

Dans un contexte de gestion comptable de l'activité hospitalière et devant l'extrême insuffisance de la CIM 10 au regard de l'activité d'éducation thérapeutique en diabétologie, le groupe DESG Champagne-Ardenne a adopté la stratégie suivante :

- Formaliser en collaboration avec les médecins des DIM une nomenclature annexée au PMSI des actes d'éducation en diabétologie et nutrition. Cette nomenclature a ensuite été approuvée par le collège Régional des DIM.
- Harmoniser le contenu du message des 40 items de cette fiche de recueil par la rédaction collective d'un guide synthétique des actes d'éducation.
- Mettre en place une démarche d'évaluation :
 - Quantitative, avec la saisie de l'ensemble des fiches par les DIM, les résultats étant validés par un contrôle de qualité analogue à celui du PMSI.
 - Qualitative par une enquête sur l'utilisation du guide dans nos services.
- Quantifier l'activité paramédicale ambulatoire par l'utilisation de cette même fiche de recueil des actes.

L'ensemble des résultats sera transmis en temps voulu au comité technique du SROS Diabétologie chargé de l'évaluation.

DP20 Bilan d'activités du Groupe Régional Paris Ile-de-France du DESG de langue française

H. MOSNIER-PUDAR, G. HOCHBERG, N. TUBIANA-RUFI. pour le groupe régional de Paris Ile-de-France du DESG de langue française.

Le groupe régional Paris Ile-de-France existe depuis 1993 et s'articule autour de groupes de travail autonomes multidisciplinaires. Chacun a choisi un thème de réflexion. Plusieurs réalisations ont ainsi été menées à terme : édition d'un annuaire des services pouvant accueillir des soignants en stage après recensement des différentes structures d'éducation de la région et de leur possibilité d'accueil. La formation d'intervenants non spécialisés de santé dans la prise en charge des diabétiques. Après un recensement des besoins dans deux populations cibles (infirmières libérales, pharmaciens d'officine), des formations en diabétologie ont été réalisées sous forme d'ateliers interactifs, évalués. Des kits de formation spécifique à chaque groupe ont été réalisés et sont à la disposition des autres groupes régionaux. Depuis, le travail sur les pharmaciens a servi de base à l'organisation d'une formation nationale en partenariat avec l'UTIP, l'Ordre des Pharmaciens et l'ALFEDIAM. Un groupe a travaillé à l'amélioration des outils d'éducation et a ainsi créé une fiche de recueil de données sur les patients diabétiques évaluée actuellement dans plusieurs services. Ce groupe, en collaboration avec le conseil départemental du diabète, a élaboré un livre éducatif destiné aux équipes de diabétologie avec pour objectif de servir de support aux éducateurs et d'uniformiser les messages dans le département. Enfin, une enquête a été menée sur le passage de l'adolescent diabétique de la consultation de pédiatrie spécialisée vers le diabétologue adulte. L'enquête est terminée auprès des médecins et est actuellement en cours auprès des patients. Les nouveaux projets à l'étude sont « Diabète et précarité », « Diabète et éthique », « Diabète et Maghreb ».

DP22 Bilan des activités du groupe régional Bourgogne Franche Comté du DESG

B. CIREITE. pour le groupe régional Bourgogne Franche Comté du DESG de langue Française. Unité de Diabétologie, Endocrinologie Nutrition, Centre hospitalier Nevers, 1 av Colbert, 58033 Nevers cedex.

Le groupe régional Bourgogne Franche Comté du DESG de langue Française a été créé en 1994. Il a un conseil scientifique constitué de 4 médecins, un cadre infirmier, un infirmier, un diététicien, et un coordonnateur régional. Il regroupe sur 8 départements, 60 membres. Les actions peuvent être regroupées en 3 pôles. La formation interne avec des réunions pour les membres du groupe. Plusieurs thèmes ont été abordés : diagnostic éducatif, techniques d'animation de groupe, outils d'évaluation dans le domaine de l'éducation, relation soignant - soigné dans la maladie chronique. Une formation prochaine aura lieu sur l'aide à l'arrêt du tabagisme chez la personne diabétique. L'autre pôle d'intérêt concerne la réalisation de document. Les premiers d'entre eux sont des fiches alimentaires. Enfin le groupe mène une action de réflexion sur l'harmonisation des pratiques. Le premier sujet abordé en est la consultation d'éducation. Dans les projets en cours on soulignera l'organisation d'un colloque régional sur l'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladies chroniques.

DP21 Bilan des activités du groupe régional Ouest du DESG

A.M. LEGUERRIER pour le groupe régional Ouest du DESG de langue française. service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies de la nutrition, Médecine interne, Hôpital Sud, 16 Bd de Bulgarie BP 56129, 35035 Rennes Cedex.

Le groupe régional Ouest de DESG de langue française a été fondé fin 1992. 50 personnes, médecins, infirmières, diététiciennes, psychologues forment ce groupe. La formation des soignants non spécialistes en diabétologie a été une des actions importantes de ce groupe. Celle des infirmières libérales, pour lesquelles, après un questionnaire de recensement des besoins, un programme en 6 ateliers a été conçu avec évaluation. La formation des médecins généralistes, a d'abord été abordée par la réalisation de fiches sur la prise en charge du diabétique de type 2 avec comme sujet: l'autosurveillance, le dépistage de la microangiopathie, le de la macroangiopathie, le pied, la diététique et l'activité physique.

La conception d'un programme de formation en 7 ateliers pratiques a été faite, sa mise en place est en cours. D'autres thèmes d'intérêt concernent l'éducation: évaluation des modifications de comportement des patients après un cycle d'éducation, comparé à un groupe n'ayant pas bénéficié de ce cycle, harmonisation des messages diététiques.

Le passage des services de pédiatrie vers les services d'adultes des patients diabétiques a donné lieu à plusieurs actions: enquête par questionnaire auprès des médecins et des patients, mise en place de consultations, de journées d'hôpital de jour, de semaines d'éducation pour les jeunes adultes avec présence conjointe des équipes de pédiatrie et de médecine d'adultes.

Enfin un état des lieux sur la prise en charge des patients diabétiques âgés en institution a débuté avec comme objectif la réalisation d'un livret d'éducation pour cette population.

DP22 Bilan des activités du groupe régional Bourgogne Franche Comté du DESG

Voir page précédente.

DP23 Bilan des activités du groupe régional Centre du DESG

P. WALKER, F. LAMISSE pour le groupe régional Centre du DESG de langue française. UF Diabétologie, Centre Hospitalier Jacques Cœur, 18016 Bourges.

Le groupe régional Centre du DESG de langue française a été fondé en novembre 1995. Il regroupe 136 membres dans 6 départements. Depuis avril 1998 ce groupe régional s'est doté d'un bureau. Trois pôles d'activités se sont organisés. D'abord des réunions internes de formation avec des intervenants multidisciplinaires régionaux ou hors région en séance plénière. Divers thèmes ont été abordés comme les médecins et l'éducation, l'infirmière et l'éducation, diabète et législation, diabète et vie sociale, fiches d'éducation, éducation des personnes âgées...

Depuis juin 1999 l'organisation de ces réunions est confié à un comité multidépartemental. Trois réunions de formation externes destinées aussi bien aux soignants qu'aux soignés ont eu lieu, regroupant plus de 100 participants à chaque fois (180 au maximum). Chaque réunion a été organisée autour de 3 types d'activité: conférence plénières, ateliers pratiques et rencontres avec les spécialistes. Enfin des fiches pédagogiques ont été mises en place à partir du cahier des charges du DESG national, avec réunions - ateliers pour leur mise à jour. De l'ensemble de ce travail a émergé un réseau régional, avec un conseil de réseau délibératif responsable du programme des actions, de la validation des méthodes, du suivi de l'activité, et de la gestion. Un coordinateur régional sert de relais avec un pôle de référence régional qui assure la diffusion et la promotion des outils, la coordination régionale et le recueil des données. Chaque département s'est doté d'un coordinateur opérationnel, pôle de référence départemental qui coordonne, motive et mène les actions. Les projets en cours concernent le Savoir être et la Savoir faire avec entre autre réalisation de fiches, d'ateliers sur la communication et la pédagogie. Les réunions dorénavant seront faites en alternance dans des structures publiques et privées. Un annuaire des membres de la région est en cours de réalisation.

Le DESG groupe régional Centre a en plus comme vocation de soutenir des travaux et des mémoires. L'ouverture sur la prise en charge des autres facteurs de risque cardiovasculaire est la prochaine étape de ce groupe.

DP24 Bilan des activités du Groupe Régional Nord du DESG

C. STUCKENS, M. CORDONNIER, M.C. REJOU pour le DESG de langue française région Nord. Hôpital Jeanne de Flandre, 2 av. Oscar Lambret, 59037 Lille Cedex.

Le groupe régional Nord du DESG a été créé en décembre 1995. Une trentaine de personnes réalise le noyau dur - il s'agit de médecins, de diététiciennes, d'infirmières, de pédicure podologues, travaillant pour la plupart à l'hôpital, mais aussi en libéral et à la Maison du Diabète.

Autour des thèmes d'intérêt choisis, 9 groupes de travail se sont mis en place progressivement. Un groupe s'intéresse aux outils et méthodes utilisées en pédagogie. Il a fait intervenir une animatrice en formation pour adulte et travaille sur une fiche de la liaison entre l'hospitalisation, la consultation et le domicile du patient. Un autre travaille sur l'uniformisation des messages diététiques entre les différents centres hospitaliers, avec réalisation d'un répertoire des compétences diététiques nécessaires à la personne diabétique d'outils d'évaluation de fiches de composition des allégés ou des régimes.

La formation des infirmières libérales en diabétologie est un autre centre d'intérêt, pour cela une feuille de liaison hôpital - infirmière libérale est mise en place, ainsi qu'un questionnaire des besoins avant réalisation d'une formation.

L'amélioration de la relation soignant - soigné grâce à l'analyse des pratiques a été abordée à l'occasion d'un cycle de rencontres et a fait l'objet d'une évaluation dont les résultats seront présentés à l'occasion du congrès de Grenoble.

Le passage des patients diabétiques des services de pédiatrie aux services d'adultes est un autre point fort de ce groupe régional. Après une enquête menée auprès des médecins et des patients, une charte a été réalisée, début d'une réflexion sur une collaboration plus efficace.

Les autres centres d'intérêt, plus récents ou moins avancés, portent sur l'harmonisation des discours, l'éducation du patient sous pompe à insuline, l'éducation du patient diabétique type 2 en échec.

DP25 Formation des soignants à la prise en charge du tabagisme chez les patients diabétiques

B. CIRETTE (1). Coordinateur du Groupe Régional Bourgogne Franche-Comté du DESG. LFMOINE (2). Président du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé de la Nièvre (1) Unité de Nutrition, Centre Hospitalier I Ave Colbert, 58000 Nevers (France) (2) 39 Bd du Maréchal de Lattre de Tassigny 58000 Nevers (France).

L'aide à l'arrêt du tabagisme fait partie des recommandations dans la prise en charge des patients diabétiques. Malheureusement peu de professionnels de Santé ont les compétences nécessaires pour proposer cette aide aux patients.

Le Groupe Régional Bourgogne Franche-Comté du DESG a organisé avec l'aide du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé de la Nièvre une journée de formation sur ce thème. 21 membres du groupe (11 médecins diabétologues 8 cadres infirmiers ou infirmières et 2 diététiciennes) ont participé à cette formation.

Avec des techniques interactives d'animation différents thèmes ont été abordés: les notions de base sur le tabagisme (épidémiologie méfaits du tabac dépendance) les effets de l'association diabète et tabac le rôle des différents professionnels de Santé dans la prise en charge du tabagisme.

Dans une dernière partie nous avons élaborer des messages et des supports éducatifs pour sensibiliser les patients aux problèmes du tabagisme.

Une évaluation des connaissances des participants basée sur un test de progression, a montré un pourcentage de réponses justes au pré-test de 60 % et au post-test de 80 %. Le pourcentage de satisfaction globale sur le déroulement de la journée est de 87 %.

Cette formation pourrait être adaptée à des équipes hospitalières pluridisciplinaires ou à des groupes de médecins généralistes ou spécialistes pour les sensibiliser aux problèmes du tabac et leur donner les moyens éducatifs de prendre en charge les patients tabagiques.

DP26 Rôle infirmier dans l'éducation d'une population carcérale sur le thème de la diététique

C. HERMANT, C. CHEVRIER, M. MACQ, F. SCHALLER, J.M. PETIT, G. VAILLANT. Service UCSA (Unité de consultations dépendant de l'hôpital de proximité implanté au sein d'un établissement pénitentiaire), Maison d'arrêt de Dijon.

L'UCSA (Unité de consultations dépendant de l'hôpital de proximité implanté au sein d'un établissement pénitentiaire) a plus particulièrement développé sa mission d'éducation et de prévention pour la santé, l'un des axes de l'activité de soins en milieu carcéral. C'est dans ce cadre que nous avons mené des ateliers sur le thème de la diététique auprès des détenus de la maison d'arrêt. Les objectifs de ces ateliers sont doubles :

- Rétablir les idées fausses en terme de diététique identifiées par une étude des habitudes alimentaires avant et pendant l'incarcération et par le constat d'une prise de poids importante au cours de leur incarcération.

- Préparer les détenus à leur sortie de prison et contribuer ainsi à leur réinsertion.

Moyens et méthodes : Une aide financière de l'administration pénitentiaire nous a permis d'embaucher une diététicienne à mi temps pendant 2x6 mois en 1998 et 1999. Au travers de questionnaires et d'entretiens, il s'avère que les détenus reproduisent leurs habitudes alimentaires antérieures avec des erreurs essentielles. C'est pourquoi, il nous a paru nécessaire de développer des actions en rapport avec l'hygiène alimentaire. 6 thèmes différents ont été abordés : Équilibre alimentaire, alimentation et précarité, alimentation et grossesse, alimentation et sport, erreurs en terme de régime amincissant, composition d'une semaine de menus équilibrés. Face à une population carcérale dont les motivations retombent aussi vite qu'elles sont nées, des moyens et méthodes pédagogiques (transparents, auto test avant et après l'atelier, photo langage), permettent d'être ludiques et attractifs. La méthode des ateliers en petits groupes (5 à 6 personnes volontaires) a permis de favoriser l'interactivité et de gérer les différences de niveaux qu'ils soient social ou intellectuel.

Résultats : 95 détenus sur une population de 140 personnes, ont souhaité participer aux 15 ateliers, participation sensiblement plus importante qu'aux différents autres actions d'éducation proposées. Particulièrement actifs, les détenus, grâce à la vie de groupe, ont pu travailler sur le savoir être, apprentissage de l'écoute, la prise de parole et ainsi le respect de soi et de l'autre. Grâce au thème "universel" de la nutrition et de la considération retrouvée au cours des ateliers, les détenus ont eu l'opportunité, desortir de l'interdit et des contraintes de la vie carcérale, d'échanger sur le plan culturel et de s'impliquer sur le plan individuel.

DP27 Une expérience d'éducation ambulatoire dans la prise en charge du diabète gestationnel insulino-traité

F. SCHROER (1), S. BORSENBERGER (1), P. CUNY (1), S. FERNANDES (1), A. KOZLEVICAR (2), V. LAMELOISE (1), A. LEDERMANN (1), C. MEYER (1), J. NOWAK (1), C. PALMIERI (1), F. ZITO (1). (1) Service d'Endocrinologie-Nutrition, (2) Maternité, CHR Metz-Thionville, 57100 Thionville.

La création d'une consultation hebdomadaire de prise en charge du diabète gestationnel a imposé à notre équipe d'adapter ses pratiques en matière d'insulinothérapie. De février à novembre 1999, 18 femmes présentant un diabète gestationnel dépisté en moyenne à 29 semaines ont été insulino-traitées durant 8 semaines (objectifs glycémiques: 0.90 g/l avant le repas, 1.20 g/l 1h30 après le repas). La décision du traitement à l'insuline est prise en moyenne 10 jours après une première consultation pluridisciplinaire. Durant cette première consultation d'une heure, la diététicienne évalue, ajuste, explique la ration alimentaire (en moyenne 1800 Cal et 48 % de glucides) et l'infirmière enseigne la pratique habituelle de l'autosurveillance. À la seconde consultation, si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints malgré le respect des conseils diététiques, la mise à l'insuline est décidée par le diabétologue. L'infirmière en moins d'une heure explique le traitement à l'insuline, la manipulation du stylo, la technique d'injection, l'adaptation des doses, la tenue d'un nouveau carnet, évoque le risque d'hypoglycémie et l'attitude à suivre. Elle veille à ne pas dramatiser l'insulinothérapie. Seule la première injection est effectuée en présence de l'infirmière. La patiente dispose d'un numéro de téléphone qu'elle peut appeler à tout moment. Elle sera revue en moyenne tous les 15 jours. Nous avons observé une grande compliance au traitement diététique et thérapeutique une maîtrise rapide de l'adaptation des doses (14 femmes sur 18), des appels téléphoniques limités pour sensation d'hypoglycémies et conseils d'adaptation insulino-traitée (4 femmes sur 18). Le recours à une infirmière libérale n'a jamais été nécessaire. La mise en place rapide d'une insulinothérapie transitoire, chez des jeunes femmes présentant un diabète gravidique s'avère beaucoup plus facile à réaliser que nous ne l'avions supposé. Parmi les 11 mamans insulino-traitées qui ont déjà accouché, une seule a mis au monde un enfant de plus de 4 kg.

DP28 Élaboration d'un programme pour améliorer l'intégration scolaire des enfants et adolescents diabétiques

N. FAURE, I. MERCAT, O. CONSTANS, C. STUCKENS, I. BONY-TRIFUNOVIC, N. TUBIANA-RUFI. Groupe collaboratif PEDIAB. Pédiatrie, CHU de Tours, Lille, Amiens, Paris.

Afin d'évaluer les difficultés rencontrées lors de la scolarité des enfants et adolescents diabétiques, une enquête multicentrique a été menée auprès des enfants scolarisés en Primaire, Collège et Lycée, mais aussi auprès de leurs parents et de leurs enseignants. Pour chaque enfant, trois questionnaires anonymes et standardisés ont été remis: un à remplir par l'enfant, un par les parents et un par un des enseignants. Soixante-six enfants ont participé à l'étude. Cent quarante cinq questionnaires concernant cinquante-six enfants de 6 à 17 ans (moyenne = 11,4 ans), scolarisés surtout en primaire (n = 22) et au collège (n = 30) ont été analysés. Le taux de participation des enseignants est élevé (77 %). Pour 33 enfants, les réponses simultanées de l'enfant, de ses parents et de son professeur ont été obtenues. L'absence de problème est notée dans une majorité de réponses, que ce soit par les enseignants (n = 38), les parents (n = 15) ou les enfants (n = 24). Les difficultés rencontrées concernent 4 domaines qui sont par ordre décroissant : l'alimentation, le vécu de la maladie à l'école, les hypoglycémies, les voyages scolaires et les classes transplantées. L'alimentation pose problème aux enfants et à leurs parents: collations, horaires et équilibre alimentaire de la cantine, présence de sucreries. Les enseignants sont surtout préoccupés par les hypoglycémies et les déplacements scolaires. La crainte des hypoglycémies préoccupe aussi les parents. Les lycéens, peu nombreux à avoir participé, expriment des difficultés de vécu du diabète qui sont rapportées aussi par les collégiens et leurs parents: incompréhension de la maladie par les autres, sentiment d'être différents. Quand le professeur signale l'absence de problème la concordance avec les autres réponses pour le même enfant n'existe que dans 1/3 des cas. Cette absence de problème signalée par les enseignants est associée pour eux à une bonne autonomie de l'enfant, et paraît également liée à une bonne information de l'enseignant. L'analyse conjointe des difficultés perçues par les enfants parents et enseignants (diagnostic éducatif), permettra de mieux cibler les interventions (soutien, information, formation) à développer pour améliorer l'insertion scolaire des enfants et adolescents diabétiques en agissant auprès des familles mais aussi des enseignants et autres intervenants dans la scolarité (médecins et infirmières scolaires, personnel de cantine).

DP29 Réflexion sur l'organisation et le déroulement d'une formation à la communication pour le personnel soignant

C. STUCKENS, J.P. BOISTEL, M. GELLEREAU. et le groupe DESG Région Nord. Pédagogie Formation.

Depuis 1995, les membres du groupe Pédagogie Formation du DESG Région Nord réfléchissent sur la façon dont se déroule leur activité de formation du patient diabétique et sur la manière de l'améliorer. A la suite d'une soirée avec Madame Gellereau, Maître de Conférences en communication, ce groupe comportant infirmières, diététiciennes, médecins de différents services, décide d'organiser une journée de formation pouvant s'adresser à un public plus large dans le cadre de la formation continue. La communication entre les personnes dans la relation pédagogique ne relève pas d'un art ou d'un don inné. L'objectif de la formation est de mieux comprendre la situation de communication pédagogique et de travailler sur les moyens de communication pédagogique et de travailler sur les moyens de communication utilisables dans les groupes. Le projet développé au cours de quelques soirées s'adresse au personnel de services de diabétologie d'adultes: médecin, infirmière, diététicienne d'un même service sont invités à venir ensemble afin d'aider à instaurer une nouvelle dynamique locale. Le programme comporte deux volets: la compréhension de la situation de communication pédagogique, les techniques d'animation en formation. L'évaluation créée pour l'occasion, précise les formations antérieures, les attentes et les apports de cette journée ainsi que les propositions pour d'autres actions. L'analyse de notre démarche de préparation du déroulement de la journée et des résultats des évaluations permet au groupe d'améliorer ses compétences: organiser une formation même de façon ponctuelle nécessite une réflexion et une action concertées, d'autant plus intéressantes et enrichissantes qu'elles sont menées par des professionnels d'expériences différentes et complémentaires. Les évaluations que nous n'utilisons pas de façon systématique avec nos patients, permettent de progresser dans notre façon d'agir et de mieux répondre aux attentes du public cible.

DP30 Une structure hospitalière de soins ambulatoires victime de son succès, s'ouvre vers l'extérieur...

C. BOUSSOUAK G. HOCHBERG S. DELANEAU N. NICOLAS L. GIESBERGER C. BLEINC G. CHARPENTIER. Service de Diabétologie Centre Hospitalier Sud-Francilien 91108 Corbeil-Essonnes.

Le nombre croissant de patients diabétiques accueillis et suivis en ambulatoire dans le service pour lésions de pieds a rapidement entraîné d'énormes difficultés d'organisation essentiellement dues au nombre restreint et insuffisant d'infirmières travaillant dans cette structure. Ceci s'est traduit progressivement par l'impossibilité de répondre en qualité et en quantité à la demande de soins.

Cette situation d'engorgement a rendu parfois impossible à certains patients l'accès et le recours aux soins dans notre service. L'insatisfaction du personnel soignant liée à l'augmentation de la charge en soins au réel sentiment d'effectuer du travail à la chaîne non individualisé à la personne soignée et au non respect de la fréquence des soins nécessaires du fait de la gravité des lésions a conforté l'équipe dans la nécessité de développer une collaboration étroite indispensable avec les différents partenaires de santé.

C'est de ce constat et de cette réalité hospitalière où réduction des effectifs et maintien de la qualité des soins ne riment pas toujours que le livret pédagogique naquit et trouva sa place. Dans le cadre de sa mise en place les résultats suivants sont espérés: l'élargissement de l'accessibilité aux soins en accueillant de nouveaux patients et en développant la structure sans la surcharger; l'assurance d'un meilleur suivi des soins se traduisant par la diminution de la fréquence et de la durée d'hospitalisations et de récidives et par le développement de la confiance des patients envers les collaborateurs extérieurs enfin la recherche de l'implication voir l'adhésion du patient dans la prise en charge des soins.

Ce document est un véritable relais entre les équipes polyvalentes pluridisciplinaires entraînées aux soins spécifiques des pieds diabétiques. Il permet de développer un savoir et des compétences spécifiques et complémentaires entre les acteurs ville-hôpital. Il facilite les échanges et la communication entre les intervenants développe un consensus pour le suivi des plaies. Il devrait permettre une meilleure collaboration des soignants Ville-Hôpital et une amélioration du suivi des plaies grâce à la participation active de nos patients diabétiques.

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

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

DIABÈTE ÉDUCATION

COMITÉ DE RÉDACTION

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

Martine LETANOUX (Paris)
Marc LEVY (Nanterre)
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 - Finkmatt Impression / 4, rue Gutemberg - Z.A.67610 LA WANTZENAU