



# DIABETE ÉDUCATION

Vol. 4-N°1  
1993

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

Section francophone du Diabète Education Study Group - EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

## Editorial

### *L'impact socio-économique des complications du diabète*

*Le diabète est l'une des maladies chroniques dont les conséquences sociales et économiques sont les plus mal connues. Et cependant, ces conséquences sont considérables mais difficiles à mesurer. Pourquoi ? Parce qu'il est plus aisé d'évaluer le coût des traitements ou des séjours traitements que les conséquences "non-marchandes" d'une pathologie, comme disent les économistes, c'est-à-dire celles qui ne se mesurent pas en monnaie mais en efforts individuels pour suivre quotidiennement les recommandations médicales. C" est le "prix à payer" par tous les diabétiques, qui altère leur vie quotidienne, professionnelle, relationnelle etc. Comment mesurer les conséquences monétaires et non-marchandes du diabète ? D'une part, en se référant au modèle conceptuel de l'OMS pour l'analyse des conséquences des maladies. D'autre part, en tentant d'évaluer, par la méthode dite du "budget-temps", l'impact du diabète sur la vie quotidienne.*

#### *Du concept de maladie à celui de "handicap social"*

*A l'initiative du Dr Philip Wood, de Manchester (Royaume-Uni), trois concepts inspirent le "Manuel de classification des conséquences des maladies" de l'OMS (1980) : tout d'abord la **déficience** qui correspond à "toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique"; autrement dit, il s'agit des **désordres anatomiques ou fonctionnels, de déviation par rapport à une norme bio-médicale de l'individu et la définition de ses éléments d'ordre clinique.***

*L'incapacité correspond à "toute réduction, partielle ou totale, résultats de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain". En d'autres termes, il s'agit du retentissement de la déficience dans la vie de tous les jours, avec des changements temporaires ou permanents, réversibles ou non. Leur caractéristique principale est V objectivation par la gêne dans la réalité quotidienne.*

*Le désavantage social pour un individu donné "résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)". Le désavantage se détermine donc par rapport aux autres et augmente avec l'incapacité de l'individu de se conformer selon les normes sociales.*

Suite p.2 ta\*-

## SOMMAIRE

### • EDITO

- L'impact socio-économique des complications du diabète.....1  
(A. TRIOMPHE)

### • VU POUR VOUS

- Le Wound Care Center du Graduate Hospital de Philadelphie.....2  
(P. CHANSON)

### • TESTÉ POUR VOUS

- Damien : l'histoire d'un diabétique.....4  
(N. MONNIER, D. ROMAND)

### • DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

- Le "locus de contrôle".....6  
(G. PAICHELER)

### • DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE

- 1- Diabète et boulimie.....6  
(P.MATHIEU)
- 2- Les troubles du comportement alimentaire en pratique.....8  
(A. BASDEVANT)

### • A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

- L'école de la polyarthrite rhumatoïde : un travail d'équipe.....9  
(Ph.GAUDIN)

### • ÉTUDE DE CAS

- Sur les traces de l'hypoglycémie.....10  
(JP. BASCLET)

### • ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

- Les troubles du comportement alimentaire : une enquête outre manche.....10  
(N. TUBIANA-RUFFI)

### • LA FORMATION DES FORMATEURS

- CALENDRIER 93-95.....11

### • RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- RÉCENTES.....12

# DIAMICRON

Glicazide

g

Une double action : métabolique et vasculaire.

2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

**Composition** : Gliclazide 0,080 g par comprimé sécable. **Propriétés pharmacologiques** : Sulfamide hypoglycémiant présentant des propriétés microvasculaires originales. **Indications** : Diabète non acidocétosiques, non insulinodépendants de l'adulte et du vieillard, lorsque le régime prescrit n'est pas suffisant pour rétablir à lui seul l'équilibre glycémique. Posologie : Dans la majorité des cas, 2 comprimés par jour. Coût du traitement journalier : 1,79 à 7,17F. **Contre-indications** : Diabète infantile, diabète juvénile, cétose grave, acidose, précoma et coma diabétiques, grossesse, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique grave, antécédents allergiques connus aux sulfamides, association au miconazole comprimé. **Effets indésirables** : Réactions cutanéomuqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamido-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. **Précautions d'emploi** : Régimes hypocaloriques et/ou hypoglycémiques et surveillance habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilité d'interaction avec le miconazole (hypoglycémie grave), A.I.N.S. (notamment salicylés), sulfamides antibactériens, coumariniques, IMAO, bêta-bloquants, diazépam, tétracycline, maléate de perhexiline, chloramphénicol, clofibrate, alcool (hypoglycémies) ; barbituriques (réduction d'activité) ; corticoïdes, salidiurétiques, œstro-progestatifs (hyperglycémie). **Présentation** : Boîte de 20 : 43,80 F - A.M.M. 312936-1. Boîte de 60 : 107,60 F A.M.M. 312937-8. Liste 1 - Conservation : 3 ans. S.S. 70 %. Coll. et AP. Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les Aubrais. (Informations complémentaires : cf. Vidal).

EDITO (suite) ^ = ^ ^ = ! ^ =

U importance de cette classification tient à la clarification conceptuelle qu'elle a introduite de façon déterminante, au début des années 80, dans l'analyse des situations de handicap. Ces définitions, clairement exposées dans "Réduire les handicaps" (INSERM, 1985) tendent aujourd'hui à être universellement utilisées et prennent une importance majeure dans l'analyse des situations individuelles.

### L'enquête

Dans une étude récente sur "l'impact socio-économique des complications du diabète" associant économistes et médecins diabétologues hospitaliers et libéraux de la région parisienne\*, 263 patients ont participé à une enquête qui utilise les concepts de la classification internationale des handicaps pour mieux connaître les difficultés quotidiennes des patients diabétiques. Pour ce faire, les incapacités ont été appréciées à Vaide d'indicateurs extraits de la classification internationale des handicaps (chapitre "incapacités concernant la locomotion") portant sur les aptitudes fonctionnelles telles que la marche, les déplacements etc.

Les désavantages sociaux d'intégration sociale concernent "la capacité d'un individu de participer aux relations sociales habituelles et de les maintenir". Une échelle, proposée par l'OMS, permet d'évaluer l'intensité de l'intégration ou de la non-intégration sociale pouvant aller jusqu'à l'isolement social. Dans l'étude citée, afin d'établir des comparaisons, la fréquence des visites auprès des amis et celle des invitations d'amis, ainsi que la fréquence des sorties au cinéma et au théâtre et la fréquence d'écoute de la télévision, les questions posées sont proches de celles qui figurent dans l'enquête récente de l'INSEE sur "les pratiques de loisirs". Enfin, la pratique du sport faisait partie des questions posées.

### Le constat : l'isolement social des diabétiques

Un constat de "pauvreté des relations sociales" a pu être établi car les diabétiques de l'étude précitée se situent nettement en dessous de l'échantillon national en ce qui concerne la plupart des indicateurs mesurés et surtout la pratique d'un sport.

Quelques exemples : 39,6% des patients insulino-traités (DIT) ne vont jamais au cinéma et 66,4% des diabétiques non insulino-traités (DNIT) y sont également réfractaires contre 11,9%

\* Etude financée par le Ministère de la Recherche et de la Technologie et ICI-Pharma.

dans la population générale. Par contre l'écoute de la télévision est le loisir quotidien pour 72,6% des diabétiques traités à l'insuline et 73,6% des patients qui ne reçoivent pas d'insuline (73% dans l'enquête nationale). Enfin, parmi les malades qui ne se rendent à des invitations chez des amis que "rarement ou jamais" figurent 51% des DIT et 42,6% des DNIT, contre 15,6% de la population générale adulte !

### L'emploi du temps quotidien des diabétiques

Le même constat a pu être fait à partir de l'enquête "budget-temps" réalisée auprès des mêmes patients. Le "budget-temps" c'est la répartition du temps affecté aux activités quotidiennes par un individu, répartition qui varie d'un individu à l'autre; le rythme quotidien des diabétiques est un temps contraint par les soins, le régime, le repos. Les diabétiques ont été invités à remplir une grille mentionnant leurs activités, heure par heure, un jour donné et à préciser la nature de chaque activité ainsi que l'activité liée éventuelle (par ex. "je prends mon petit déjeuner en écoutant la radio dans la cuisine"). Ainsi, est apparu clairement le rythme très spécifique de la journée des diabétiques, essentiellement centrée sur des activités domes-

tiques et des loisirs à la maison tels que l'écoute de la télévision. Certes, les 263 diabétiques qui ont fait l'objet de l'étude sont adultes et citadins mais ne faut-il pas se demander pourquoi ils ont une vie sociale et relationnelle si "étriquée".

Est-ce un effet pervers de la compliance au programme éducatif des diabétiques ? Y a-t-il antinomie entre le suivi du traitement et la qualité de vie ?

A. Triomphe  
Directeur de recherches INSERM  
Directeur du C.T.N.E.R.H.I.

### Références bibliographiques :

- Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies. Ed. OMS/INSERM/CTNERHI 1988;203 p.
- Donnât O, Cogneau D. Ministère de la Culture et de la Communication, Département des études et de la prospective : Les pratiques culturelles des Français, 1973-1989. Ed. La Découverte. La Documentation Française, juin 1990;285 p.
- Les pratiques de loisir, enquête 1987-88, INSEE résultats, n°3, consommation-modes de vie, n°1,1989; 308 p.
- Roy C. La journée des citadins, Economie et statistique, n° 158;sept 1983:51-60.
- Triomphe A, Flory YA et al. L'impact socio-économique des complications du diabète, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1992 (à paraître).

## VU POUR VOUS

# Le Wound Care Center\* du Graduate Hospital de Philadelphie

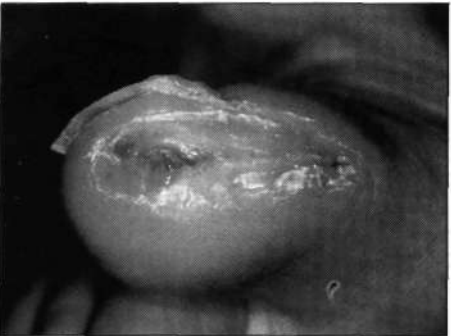
(\* Centre de traitement des plaies chroniques)

L'épidémiologie des plaies du pied chez le diabétique est mal connue ; aux USA 2 à 5% des diabétiques ont subi une amputation et une étude, évaluant l'incidence des plaies du pied, a montré qu'un diabétique sur 10 développait, durant les 4 années de suivi, une plaie du pied. Ces plaies chroniques coûtent cher aussi bien en termes de coût direct (consultations, médicaments, hospitalisation souvent prolongée...) qu'en termes de coûts indirects (perte de productivité, altération de la qualité de vie...).

La prise en charge actuelle de ces patients que nous sommes tous amenés à voir, est généralement médiocre. Les patients sont hospitalisés, hélas le plus sou-

vent dans un service de médecine ou de chirurgie générale, peu habitué au problème très particulier de ces plaies diabétiques, qu'il n'est amené à voir qu'en de rares occasions. Parfois, les patients sont pris en charge dans un service spécialisé (en diabétologie par exemple).

Le travail du Diabétologue consiste alors à faire la synthèse des avis des différents spécialistes appelés au chevet du patient. Exceptionnellement (on les compte sur les doigts de la main en France), ces patients sont pris en charge dans un centre spécialisé de traitement du pied diabétique, fonctionnant généralement en consultation externe, parfois en hospitalisation.



C'est après un constat similaire que la compagnie américaine Curative Technologies a lancé, en coopération avec une quarantaine d'hôpitaux américains, des centres de traitement des plaies chroniques, livrés "clés en main", implantés dans plusieurs états américains et dans lesquels sont accueillis en externe des patients porteurs de plaies diabétiques, d'ulcères variqueux ou de plaies artérielles.

Les soins locaux et les pansements y sont régulièrement effectués par un personnel qualifié. L'accent est également mis sur l'éducation du patient non seulement à la confection de ses pansements mais également à la prévention des récurrences.

Lors d'un voyage aux Etats-Unis, nous avons eu l'occasion de visiter le centre de traitement des plaies chroniques de Philadelphie, mis en place en coopération avec l'un des hôpitaux de Philadelphie, le Graduate Hospital.

Situé dans les locaux même d'une annexe de l'hôpital, le centre y occupe tout un étage et a été conçu selon le plan général, stéréotypé de tous les Wound Care Center (Fig 1). L'architecture des lieux, très fonctionnelle, alterne salle d'attente, bureaux médicaux, box de soins, salles de rangement, salles de réunion, secrétariat, offices..

Les formalités administratives (relativement simples, car à Philadelphie il s'agit le plus souvent de patients de plus de 70 ans qui sont donc couverts aux Etats-Unis par l'assurance maladie Medicare) sont rapidement réalisées avant que le patient soit amené dans un box. Il est installé sur une "chaise podologique", petite merveille technologique dont tous les mouvements sont commandés électriquement et qui permet très facilement à l'infirmière de pratiquer les soins locaux tout en assurant le meilleur confort au patient. Le pied est examiné par l'une des infirmières du Centre alors que le bilan lésionnel (en tout cas pour la première consultation) est réalisé par le médecin consultant à qui a été adressé le patient, qu'il s'agisse d'un chirurgien vasculaire, d'un orthopédiste ou d'un dermatologue. Des photographies de la plaie sont systématiquement prises à chaque visite : après tirage en diapositive, elles seront classées dans le dossier du patient et permettront de suivre l'évolution des lésions.

Le recueil des informations cliniques et paracliniques est lui-aussi standardisé : il sera saisi par la secrétaire pour être intégré dans une banque de données centralisée commune à tous les Wound Care Center. Cette banque est donc directement exploitable en temps réel. Les explorations simples (Doppler, TcP02) sont réalisées sur place. Les examens plus sophistiqués (radiographie, artériographie), les gestes chirurgicaux ou, si cela est nécessaire, les hospitalisations se font au Graduate Hospital. Les protocoles de soins sont également très standardisés et identiques pour tous les Wound Care Center. Devant telle plaie, tel traitement et tel type de pansement sont appliqués. Curative Technologies peut ainsi tester l'intérêt thérapeutique de l'application locale de divers facteurs de croissance préparés par la société.

Ce type de structure capable d'accueillir plus de 800 nouveaux patients chaque année est intéressant à plusieurs égards. Il représente tout d'abord une solution alternative à l'hospitalisation en cas de plaie chronique, évitant l'hospitalisation tout en permettant au patient de bénéficier d'un très bon niveau de quali-

fication du personnel soignant, spécialisé dans ce type de prise en charge. Ainsi des patients venant non seulement de Pennsylvanie mais également d'autres états environnants sont pris en charge en consultation externe. Le second avantage est de rassembler sur place les différents acteurs (divers spécialistes, personnel soignant qualifié, podologue, orthésiste...) évitant ainsi les multiples déplacements du patient comme cela est souvent le cas en hospitalisation traditionnelle. Le troisième avantage est la possibilité d'organiser, sur place également, car tout le matériel d'orthèse est facilement disponible, des semelles ou des souliers adaptés permettant la reprise rapide de la marche et surtout la prévention des récurrences.

Enfin il s'agit d'une structure dans laquelle l'éducation, en particulier l'éducation des soins du pied peut tenir une place privilégiée. L'utilisation de moyens audiovisuels ou vidéo, les cours, les entretiens individuels peuvent très facilement être intégrés au programme de soins. Les patients y sont d'autant plus attentifs qu'ils sont directement concernés par le problème ou considérés à haut risque.

La mise en place d'une telle unité de soins grâce à un investissement mixte (hospitalier et compagnie privée) et son fonctionnement, dont les frais sont pris en charge également de façon mixte (certains membres de l'équipe sont salariés par l'hôpital, d'autres, en particulier le directeur du centre, dépendent de Curative Technologies) ne posent pas de problèmes aux Américains, très habitués à ce partenariat "public-privé".

L'hôpital recrute ainsi de nouveaux patients ; les médecins et chirurgiens, qui exercent dans le centre leur activité de façon privée, sont tout aussi intéressés à son recrutement. Quant à la compagnie Curative Technologies, elle y trouve, tout naturellement, les débouchés pour sa préparation autologue de facteurs de croissance d'origine plaquettaire, fabriqués à partir du sang du patient lui-même. Ceux-ci, régulièrement appliqués sur la plaie lorsque le médecin en juge l'indication intéressante permettent d'en hâter la cicatrisation.

L'installation d'un tel centre en Europe et en France nécessiterait sans aucun doute de nombreux aménagements mais pourrait représenter une solution intéressante face aux considérables problèmes des plaies du pied chez le diabétique et aux énormes difficultés rencontrées lors de la mise en place de centres de ce type dans un cadre exclusivement public. Pour que ces centres acquièrent leur "couleur locale" française, deux conditions mériteraient, selon nous, d'être développées. L'éducation doit tenir, dans ces centres, une place plus privilégiée qu'elle ne le tient dans les

centres américains (du moins dans celui de Philadelphie). Le domaine du pied diabétique est en effet l'un de ceux où les efforts éducatifs se traduisent rapidement par une amélioration de l'état de santé individuelle et par une diminution du coût économique sans parler de la satisfaction des soignants... L'autre écueil, trop souvent rencontré, est l'absence de prise en compte des problèmes médicaux par des spécialistes, chirurgiens ou podologues... aussi excellents soient-ils. Le meilleur chirurgien vasculaire, quels que

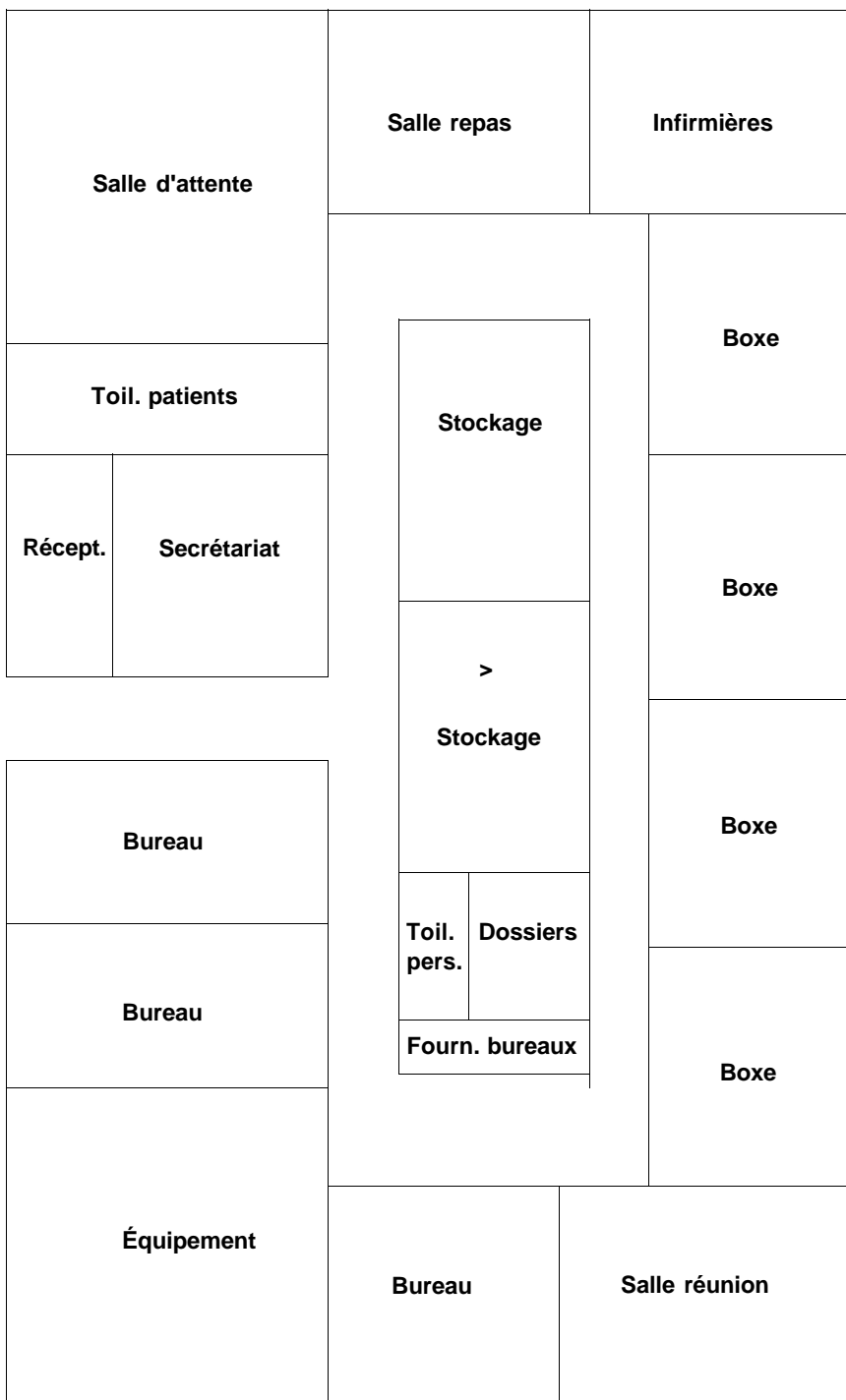
soient les moyens dont il dispose, restera au moins en partie inefficace, s'il ne s'occupe pas aussi de réduire le tabagisme, de traiter l'hypercholestérolémie ou de prendre en charge l'équilibre glycémique. En organisant les centres autour de diabétologues ou d'internistes, les centres du traitement des plaies chroniques devraient donc gagner en cohérence et en efficacité.

Philippe CHANSON  
Hôpital Lariboisière - Paris

**1 TESTÉ POUR VOUS**

**DAMIEN :  
l'histoire d'un  
diabétique**

*Fig. 1 - Exemple de plan d'aménagement d'un "Wound Care Center".*



C'est une bande dessinée de 44 pages, éditée chez Armand Colin, collection "vivre avec", dont les auteurs sont : le Pr. Orsetti pour le scénario, Jacques Terpent pour les dessins. Cette bande dessinée est en vente en librairie ou par correspondance à la maison du livre spécialisé au prix de 65 frs (plus frais de port), ou à l'A.F.D.

Son but est de répondre aux questions d'un adolescent qui vient de déclarer un diabète insulino-dépendant, afin de réduire l'angoisse face à ses activités habituelles et ses projets d'avenir.

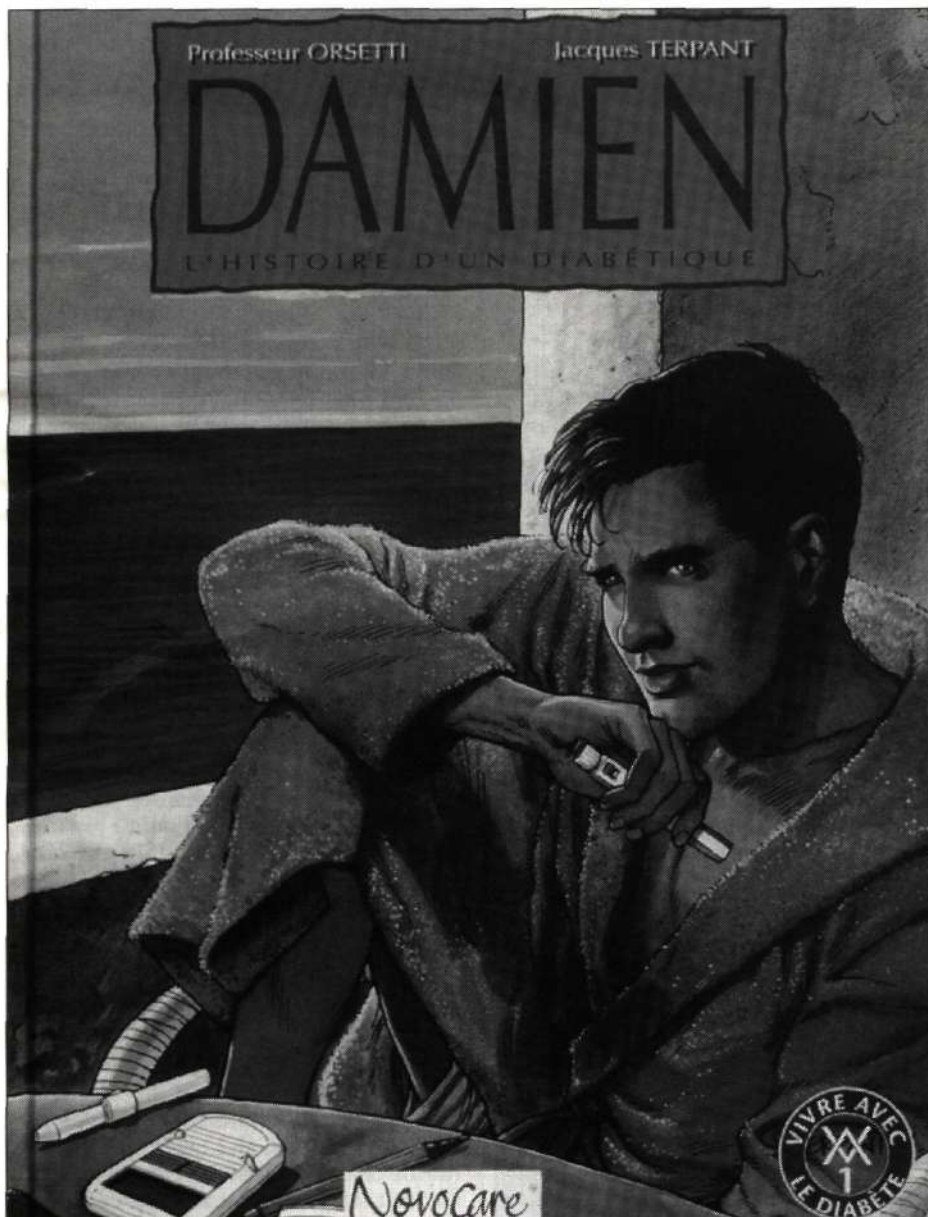
L'auteur nous raconte l'histoire d'un adolescent de seize ans, Damien, fils unique, très entouré par ses parents, vivant à la campagne, sportif, pratiquant le rugby, amoureux, ayant une vie agréable et équilibrée, qui devient diabétique insulino-dépendant. On le suit lors de son premier séjour à l'hôpital, pour la mise en route de son traitement, puis au cours de diverses situations relatives à sa vie privée ou professionnelle jusqu'à la vie adulte.

Une bonne description des symptômes précédant le diagnostic de diabète est faite : brutalement Damien est très fatigué au cours d'un match de rugby et se met à boire et uriner souvent.

A l'hôpital, grâce aux échanges qu'il peut avoir avec son voisin de chambre, une bonne explication est donnée de la différence entre diabète insulino- et non insulino-dépendant et il est bien montré que cette différence n'est pas en rapport avec la gravité du diabète.

Lorsque l'on suit Damien dans sa vie de tous les jours, certaines de ses réactions ou des situations qu'il vit seront sûrement reconnues par une majorité d'adolescents diabétiques : il dit "je suis foutu" ou parlant de ses amis "est-ce qu'il vont m'accepter comme avant" ; or il est bien montré que Damien ne va pas transformer sa vie malgré son diabète. 11 continue le sport, part en vacances, sort le soir, a une petite amie, mange des produits sucrés, et fait l'apprentissage de l'adaptation de son traitement. Enfin la présence étouffante des parents et la révolte de Damien vis à vis de la sur-





veillance quotidienne de son diabète nous paraissent crédibles et authentiques pour les jeunes lecteurs diabétiques que nous avons interrogé.

Cependant, les informations sur le processus de la maladie sont peut-être insuffisantes alors que des mots comme "coma" "acétone" sont assésés sans précaution par le médecin.

De plus, chaque membre de l'équipe soignante donne des informations concernant son domaine d'activité, mais il n'apparaît pas de cohésion au sein de cette équipe. On note les apparitions isolées et discrètes de l'infirmière et de la diététicienne ne donnant que des informations techniques.

La prise en charge de Damien en éducation lors de son hospitalisation semble

prématurée : les séances d'information sont trop denses pour un premier contact.

On peut également regretter qu'au cours des différentes situations vécues par Damien à l'extérieur de l'hôpital, des thèmes comme l'alcool, le glucagon, les repas au fast-food par exemple, ne soient pas abordés.

Enfin, les dialogues ne sont pas toujours élégants : "Mr Mario, lui aussi, est venu se faire équilibrer", "une bonne poussée d'acétone", "pour être bien ce soir, mon petit mélange".

En conclusion : c'est une bonne bande dessinée récréative, au graphisme agréable, qui montre qu'un diabétique peut vivre normalement. Mais tous les adolescents diabétiques, à la lecture de cette bande dessinée ne pourront s'identifier à Damien, enfant unique, ayant une vie aisée, la possibilité de partir en vacances et de faire du sport. Elle ne peut donc répondre aux questions de tous les adolescents. Elle peut servir de point de départ à une discussion avec les membres de l'équipe soignante, afin de donner des conseils plus personnalisés. Il aurait peut-être fallu choisir entre l'adaptation d'un jeune diabétique à la vie sociale et les explications médicalisées de la maladie.

Nadia Monnier (infirmière)  
Dorothee Romand (diététicienne)  
Service de diabétologie,  
Hôpital Saint-Louis - Paris

PS. Nous attendons votre avis et surtout celui des adolescent(e)s qui ont pu lire cette bande dessinée.

*Le DESG de langue française remercie*

**V INSTITUT  
SERVIER DU**

*de sa collaboration  
et de son soutien*



L'~IABETI

OGIE

## Le "locus de contrôle"

Cette notion désignée par une locution quelque peu barbare, adaptée au plus près de l'anglais, le locus de contrôle, est fréquemment utilisée dans les modèles d'épidémiologie sociale pour tenter de comprendre les comportements de santé. Elle apparaît comme une variable intermédiaire dans l'explication du fait qu'il ne suffit pas que les individus aient une bonne connaissance des risques sanitaires pour adopter un comportement adapté à leur évitement.

Le locus de contrôle est donc à la fois le sentiment d'une maîtrise sur les événements de la vie et sur ses propres réactions.

L'individu qui exerce cette double maîtrise est conçu comme un être responsable, rationnel, libre de ses choix et de ses décisions et motivé par l'envie de vivre le plus longtemps possible en bonne santé. On ne saurait s'y référer pour l'appliquer aux réfugiés qui s'entassent dans les tentes des camps de regroupement, n'ont pas assez de combustible pour faire chauffer l'eau croupie qu'ils sont obligés de consommer, pour lesquels le problème est de manger et non de manger équilibré. Pour ces individus ballottés par des événements, des rivalités, des guerres qui les dépassent et pour lesquels la vie n'est qu'une suite de malheurs incontrôlables, adopter des comportements de santé est une perspective totalement hors de portée.

Le modèle du locus de contrôle ne s'appliquera que si les individus ont des possibilités de maîtrise sur leur vie - de maîtrise réelle autant que de sentiment de maîtrise -. On ne peut manger équilibré, par exemple, que si l'on a les moyens de se payer autre chose que des pommes de terre et des nouilles.

Le sentiment de maîtrise individuel a été étudié par Rotter en 1966 sur le plan de la psychologie générale dans le cadre du locus de contrôle. Ainsi, l'individu peut situer la source de ses actions et/ou des événements qui les touchent sur une dimension externe-interne. C'est ainsi que certains ont un locus de contrôle interne : ils pensent que ce qu'ils font ou ce qui leur arrive est une conséquence directe de leur propre intention, alors que d'autres individus ont un locus de contrôle externe : ils perçoivent leurs actions ou les événements les concernant

comme induits par des agents externes, sous la dépendance moins de leurs décisions propres que du hasard ou de circonstances incontrôlables de même ordre.

L'application de ce modèle à l'adoption de comportements préventifs conduit à postuler que les individus "externes" ont moins tendance à adopter des conduites de santé que les individus "internes", car ces derniers assument leurs responsabilités par rapport à leur propre état de santé. C'est pourquoi une échelle de locus de contrôle spécifique à la santé a été conçue par Wallston et ses collaborateurs (voir encadré).

### Exemples d'items de l'échelle de contrôle en santé

1. Locus de contrôle interne :
  - Je contrôle ma santé
  - Ma santé est affectée principalement par ce que je fais moi-même
2. Locus de contrôle externe - L'intervention d'autrui :
  - Si je ne me sens pas bien, il faut que j'aille voir un professionnel qualifié.
  - Si je me remets d'une maladie, c'est généralement grâce au fait que d'autres (médecins, infirmières, familles, amis) ont pris bien soin de moi.
3. Locus de contrôle externe - Le hasard :
  - Quoi que je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade
  - La chance joue un grand rôle dans la rapidité avec laquelle je me remets d'une maladie.

Évalué sur la base de cette échelle, le niveau du locus de contrôle s'est avéré être un meilleur prédicteur des conduites de recherche d'informations sur les questions de santé et de prévention que de comportements de santé effectifs. Cependant, nous savons par ailleurs qu'être bien informé sur certains risques sanitaires ne conduit pas inmanquablement au changement de conduites dangereuses pour la santé. C'est une évidence pénible à laquelle sont confrontés tous les acteurs de la santé publique.

Geneviève Paicheler  
CERMES (CNRS, INSERM)

### Références

- Rotter JB. 1966 Generalized expectancies for internal versus external control reinforcement. Psychological Monographs, 80, n° spécial 609, 1.
- Wallston KA, Wallston BS, De-Vellis R, Development of the Multi-dimensional Health Locus of Control (MHLC) scale. Health Education Monographs

## DE LA THEORIE A LA PRATIQUE (1)

## Diabète et boulimie

La boulimie est une pathologie de plus en plus reconnue et décrite. On la trouve souvent associée au diabète insulino-dépendant. Cette pathologie échappe en général au praticien s'il n'y prend garde.

Nous rappellerons, dans un premier temps les principaux éléments du syndrome boulimique. Nous décrirons ensuite l'utilisation du diabète dans le syndrome boulimique, le renforcement et l'aggravation des complications du diabète.

La boulimie n'est ni l'hyperphagie, ni la gourmandise, ni le grignotage, et non plus les tricheries alimentaires sur le régime : *ne sont pas boulimiques tous les sujets qui mangent au delà de leur faim.*

Ce trouble réunit des préoccupations morbides à propos de la nourriture, à propos du poids et du corps, ainsi que des attitudes de compulsions alimentaires suivies de conduites d'élimination.

Cliniquement il s'agit d'un épisode de surconsommation alimentaire, incontrôlable, au cours duquel une grande quantité de nourriture est ingérée, à la hâte, en cachette, sans pouvoir se contrôler. Ces accès sont répétitifs. La crise se déroule en plusieurs temps.

La crise débute, après une période d'*excitation préalable*. Si lors de l'accès la nourriture n'est pas disponible, il faut de façon urgente l'acheter, voir la voler; cette nourriture est celle qui est interdite, celle que l'on ne doit pas manger, qui peut remplir vite, et surtout tout ce qui tombe sous la main. Ces aliments sont faciles à manger rapidement, mais surtout facile à vomir, n'importe quoi pourvu que "ça remplisse". Cette nourriture est quasiment toujours froide ; pas identifiée, sans goût; elle est consommée à la hâte, sans plaisir, voracement, sans mastiquer, en avalant sans mâcher ; *les quantités sont énormes* (de 3 500 à 1 5000 calories).

Après s'ensuit une période de profond *malaise* avec des sensations physiques désagréables mais surtout remords, culpabilité, autodépréciation, sensation d'être grosse. Cet état désagréable va être effacé par le vomissement provoqué qui soulage, redonne la maîtrise et peut permettre de recommencer à *manger*.

Ce vomissement est souvent dissimulé, il évite l'absorption de ce qui est avalé et surtout la prise de poids. Il donne l'impression que l'on peut manger sans grossir.

Ces patientes sont obsédées par la peur de grossir, de ne pouvoir s'arrêter de manger, et préoccupées uniquement par la nourriture. Cette peur de grossir est constamment retrouvée et est essentielle dans la description du trouble. D'autres méthodes de purges que le vomissement sont parfois utilisées ; laxatifs, diurétiques, coupe-faim...

Les conduites boulimiques peuvent toucher d'autres domaines : boulimies d'achats, boulimies sexuelles, cleptomanie impulsive.

Chez la diabétique insulino dépendante, il n'est fait mention de la boulimie que depuis quelques années. C'est HUDSON en 1983 qui décrit le premier "the self induced glycosuria" (la purge urinaire).

Pour plusieurs auteurs (Powers, Hudson, Rodin, Rosmark) cette association serait plus fréquente que dans la population générale appareillée. Nielsen pense que le diabète serait 6 fois plus présent chez les anorexiques. Stell considère que le taux de prévalence serait significativement plus élevé (7,2%). Pour conclure, la probabilité de rencontrer une boulimie chez une jeune femme diabétique est significativement plus élevée que dans la population générale.

Chez la jeune femme diabétique, à la boulimie il faut y ajouter le diabète et l'insulinotraitement. On s'aperçoit avec elles, qu'en plus du vomissement souvent présent, elles ont à leur disposition la fuite osmotique et l'hyperglycémie avec lesquelles elles jouent.

L'hyperglycémie entraîne une hyperosmolarité donc une polyurie et donc une purge urinaire "physiologique". De plus la carence insulinique favorise l'amaigrissement. Les crises sont identiques mais qu'en est il de l'insulinothérapie ?

Lors des questions sur l'insulinotraitement et les contrôles on leur demande : "Vous faites bien votre injection après la crise ?" Elles répondent : "Bien sûr que non, je sais que je prendrais forcément du poids, alors que je peux m'en débarrasser toute la nuit en urinant". Certaines concluent : "pour une fois que le diabète me sert à quelque chose !..."

Nous voyons comme STELL qu'il y a souvent une nette réduction de l'insulinotraitement ; la diminution voir l'arrêt du traitement lors des crises. Il y a une jonglerie avec l'insuline lors des crises ainsi que l'utilisation de la purge osmotique. Le plus souvent, le simple fait de poser les questions précises sur la conduite alimentaire, d'en parler, de décrire avant

elle le scénario des crises permet la chute de la honte chez la patiente, et d'aborder avec elle le rituel et le déroulement des crises

Les conduites boulimiques des diabétiques comportent donc des éléments spécifiques :

- l'utilisation de *Yinsuline*, volontairement *sous dosée* ou *arrêté*, afin de favoriser la glycosurie en tant que conduite erronée d'élimination des calories ;
- la *polyurie* est souvent présentée comme conduite de wash-out, une *purge*, salvatrice après les crises, qui nécessite une *jonglerie insulinique* inquiétante, basée, dans les meilleurs cas sur des glycémies capillaires et des contrôles acétonémiques.

Cela confirme le fait que pour la boulimie diabétique, le traitement insulinique fait surgir des problèmes spécifiques. Même si la patiente montre une compliance maximale dans le traitement du diabète, elle met cette compliance au service de la boulimie.

Dans une majorité des cas, la pathologie alimentaire entraîne une altération du contrôle glycémique avec des conséquences dramatiques ; acido-cétoses, hypoglycémies, complications. Les diabétiques boulimiques vivent de manière prolongée dans une situation métabolique limite, avec une hyperglycémie constante. Cela peut être à l'origine de complications aiguës, mortelles, mais aussi favoriser, à plus ou moins long terme, des complications somatiques systématiquement banalisées par les malades. Sur un échantillon d'une trentaine de patientes nous avons pu faire apparaître une précocité

des complications ophtalmologiques ainsi que pour les complications neurologiques.

#### En conclusion :

- 1) Le diabète serait un terrain favorable à l'éclosion des troubles boulimiques.
- 2) Les deux pathologies associées se renforcent mutuellement. La détection précoce des troubles alimentaires chez les diabétiques est fondamentale pour que les patientes bénéficient des traitements actuels. Trop souvent ces patientes consultent tard le spécialiste et il se heurte d'emblée aux ravages somatiques faits par les complications.

P. Mathieu

Psychiatre - Service de psychiatrie  
Hôtel-Dieu - Paris

*Mots clés* : boulimie, diabète insulino-dépendant, complications précoces.

#### Références :

- Archinard M, Assal JP. Diabète et boulimie nerveuse. *Med&hyg* 1989;47: 1303-1306.
- Dejours C, Mathieu P. Diabète et psychopathologie, précis de diabétologie. Pradel 1991.
- D, S, M, III r. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. Paris Masson 1989.
- Halmi. Classification of eating disorders. *J psych res* 1985;19:113-119.
- Hudson MS, Wentworth SN and Hudson J. Bulimia and diabète. *New engl J Med* ,1983;309:431-432.
- Hudson J, Hudson MS and Wentworth SN. Self-induced glycosuria: a novel method of purging in bulimia. *J A M A* 1983;249:2501.
- Mathieu P. Le diabétique "difficile". Journées annuelles de diabétologie de l'Hôtel DIEU. Paris flammariion 1989.



## THÉORIE A LA PRATIQUE (2)

# Les troubles du comportement alimentaire en pratique

## Un problème thérapeutique

Les diabétologues sont concernés par l'approche clinique des troubles du comportement alimentaire (TCA) pour au moins trois raisons : d'abord parce que les désordres comportementaux peuvent participer au développement ou au maintien des maladies métaboliques et singulièrement de l'obésité qui est un problème majeur de diabétologie pratique ; ensuite parce que les TCA peuvent être une source d'échecs thérapeutiques, enfin parce qu'ils peuvent être iatrogènes, liés à certaines prescriptions diététiques

## Nécessité d'une sémiologie précise

Analyser un désordre du comportement alimentaire, c'est d'abord se référer à une sémiologie précise prenant en compte l'ensemble de la séquence comportementale, c'est à dire la phase pré-ingestive (recherche, acquisition, stockage, préparation des aliments), la phase ingestive elle-même (généralement étudiée par l'enquête alimentaire classique), et la phase post ingestive.

A chacune de ces phases, correspondent des expériences psychologiques différentes, et en particulier les sensations de faim, d'appétit, de satiété dont les caractéristiques sont des éléments sémiologiques majeurs.

On distingue habituellement les TCA prandiaux et extraprandiaux. Les plus fréquents sont l'hyper-réactivité au stimuli alimentaire, les prises alimentaires impulsives, le grignotage, auxquels il faut ajouter la restriction alimentaire.

Les uns paraissent déclenchés par des stimuli extérieurs (valeur sensorielle des aliments), d'autres par des signaux internes (envie de manger répondant aussi bien à des déterminants métaboliques que psychologiques). Il est évidemment très important pour décider des actions thérapeutiques les mieux adaptées de préciser les déterminants principaux de la modification comportementale

## Le rôle de la restriction alimentaire

On n'insiste jamais assez sur les conséquences de la restriction alimentaire : que celle-ci résulte d'une décision du sujet (répondant à l'idéal minceur), ou d'une prescription médicale, elle est à l'origine de modifications secondaires du comportement alimentaire visant à réduire les effets du déficit énergétique, à compenser la frustration hédonique ; la meilleure façon de déclencher des modifications du comportement alimentaire de type compulsions alimentaires, est de réduire ou supprimer excessivement les prises alimentaires prandiales. C'est dire les risques des régimes trop restrictifs. La conséquence clinique de la succession des phases de restriction calorique et d'hyperphagie compensatrice, est le phénomène du "yoyo" pondéral qui conduit finalement, pour des raisons métaboliques (diminution de la dépense énergétique) et psychologiques, aux échecs de certains régimes, et à une prise de poids progressive.

Ces données doivent inciter à une réflexion sur les effets secondaires de nos prescriptions diététiques, et à une analyse cas par cas des déterminants des troubles du comportement alimentaire que nous observons en pratique quotidienne.

Il ne faut pas, bien entendu tout réduire aux conséquences de la restriction alimentaire. Stress, conflits, dépression, ont un rôle majeur dans la survenue de TCA, de même que certaines anomalies métaboliques et hormonales (hypoglycémie, hyperestrogénie), mais les déterminants auront un impact d'autant plus marqué qu'ils interviennent sur un terrain fragilisé métaboliquement et psychologiquement, par un déficit énergétique.

## Implications pratiques

Au plan clinique, ce qui importe, c'est de faire la part de ce qui peut intervenir dans le milieu intérieur du sujet, dans sa psychodynamique, et dans son environnement, dans le déclenchement

de ses troubles du comportement alimentaire, puis d'analyser au cas par cas quelle est l'action diététique la plus réaliste : celle qui permet la perte de poids (généralement souhaitable chez le sujet diabétique non insulino-dépendant), sans engendrer de perturbations intolérables.

C'est un plaidoyer pour les régimes individuels, et pour une adaptation progressive de la prescription, visant à trouver le moyen terme entre efficacité et tolérance. Il est plus opérationnel de chercher à introduire une restriction calorique de 20% par rapport à l'enquête, et de chercher à la maintenir sur plusieurs mois, plutôt que de prescrire un régime à 1200 calories qui ne sera pas tenu plus de trois mois.

## Intérêt du carnet alimentaire

L'intérêt du carnet alimentaire est, d'une part de faire prendre conscience au patient du caractère automatique de son comportement alimentaire, du caractère exagéré de sa restriction prandiale, et aussi du contexte psycho-affectif des troubles du comportement alimentaire. Le carnet alimentaire est aussi un outil de travail commun au patient et au médecin, une base de discussion, encore faut-il le présenter non comme un "devoir" à présenter à chaque consultation, mais lui donner une fonction positive.

## Les axes thérapeutiques

L'action thérapeutique est diététique, psychologique, et symptomatique.

La diététique est bien entendu essentielle : il ne faut pas se limiter à une comptabilité calorique, mais aider le patient à retrouver une séquence comportementale avec trois repas, à retrouver une diversité nutritionnelle, à éviter les restrictions itératives et excessives. L'intervention diététique ne doit pas se limiter aux aspects cognitifs.

Au plan psychologique, dans le contexte de la diabétologie ce dont il s'agit le plus souvent, ce ne sont pas des désordres psychiatriques lourds (anorexie mentale, boulimie nerveuse), mais des situations où la modification du comportement alimentaire répond à une prescription diététique déséquilibrée, et/ou à des situations conflictuelles ou de stress auxquelles le patient répond de façon répétée et stéréotypée par la voie comportementale. Le rôle du diabétologue est de repérer ces situations et d'aider le patient à s'en extraire, ce qui passe d'abord par une prise de conscience du



problème, ce qui peut prendre du temps. Cette seule démarche peut aider à la résolution du problème, ou conduire à une demande de psychothérapie. Les thérapies comportementales visent un soulagement symptomatique parfois seul accessible.

Quant à la pharmacologie, elle vise une action symptomatique soit sur l'impulsivité, soit sur l'anxiété ou la dépres-

sion, soit sur un renforcement des mécanismes de satiété.

*Au total, la variété des situations cliniques est telle, qu'il n'est pas possible de décrire une démarche standard.*

*Ce qui importe, c'est l'analyse multifactorielle dont dépend une prise en charge individualisée.*

Pr. A. Basdevant  
Hôtel-Dieu - Paris

## A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

# L'école de la polyarthrite rhumatoïde : un travail d'équipe

La conduite du traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) nécessite l'intervention d'une équipe multidisciplinaire et la participation active du patient.

## Les buts et les moyens du traitement

Ils varient : médicaments anti-inflammatoires, traitement de fond, aménagements sociaux, professionnels et psychologiques, traitements préventifs des lésions articulaires ayant pour but le maintien des capacités fonctionnelles et la prévention du handicap. De nombreux professionnels spécialistes de la santé interviennent :

- **L'ergothérapeute** joue un rôle prédominant dans la prévention des contraintes sur les articulations surmenées, déformées ou détruites, en montrant au patient les moyens d'économie articulaire : bonnes postures, réalisation gestuelle correcte, activités ergonomiques, aides techniques, attelles de repos, orthèses de fonction, aménagement du domicile.

- Le maintien de la fonction articulaire et musculaire est l'objectif du **kinésithérapeute**. Une activité physique régulière, une mobilisation des articulations douloureuses semblent capables de protéger contre les déformations et les destructions, de préserver la fonction articulaire et l'autonomie.

- La PR est une cause d'anxiété, de dépression, de résignation, de perturbations émotionnelles. Réciproquement, les événements de la vie quotidienne peuvent accroître les signes inflammatoires.

Aussi, l'aide psychologique apportée par le **psychothérapeute** et tous les membres de l'équipe est une part importante du programme thérapeutique.

- **L'assistante sociale** informe les patients sur leurs droits sociaux, les éventuelles aides financières, les démarches à faire pour les obtenir.

- **L'infirmière** a un rôle important. Elle est très proche des patients hospitalisés, elle a une vue globale de la maladie du patient, de sa famille. Son contact entre le patient et l'équipe multidisciplinaire lui confère un rôle primordial.

- La place du **rhumatologue** dans l'équipe est centrée sur trois objectifs :

- direction du traitement et évaluation clinique,
- informations et conseils sur la maladie et ses traitements,
- coordination des divers intervenants.

- Le **patient** est la point central de cette organisation. Il ne doit pas recevoir passivement les informations mais participer activement au programme éducatif et au traitement de sa propre maladie. Cette participation suppose une information suffisante, une bonne cohésion et une bonne coordination entre les différents membres de l'équipe. Quelques patients participent activement à une vie as-

sociative touchant de près ou de loin à leur maladie.

- La **diététicienne** de l'équipe est chargée d'une part, de faire le point avec les patients sur leur alimentation, afin d'éviter les erreurs diététiques grossières. D'autre part, elle informe le patient sur les axes de la recherche diététique dans la PR à savoir :

- le jeûne,
- la supplémentation en acides gras polyinsaturés,
- les régimes d'exclusion en protéines de blé et de lait.

## Notre organisation

Une session mensuelle est organisée pendant trois jours consécutifs. Elle concerne 5 patients à chaque fois. Les malades sont hospitalisés dans une structure type "hôpital de jour". Chaque journée débute à 9 heures et se termine à 17 heures. Les gens peuvent rentrer chez eux le soir ou bien être logés à côté de l'hôpital pendant 2 ou 3 nuits. Les divers aspects de la PR sont abordés pendant les 3 jours en alternant exposés théoriques et exercices pratiques (relaxation, balnéothérapie, kinésithérapie, ergothérapie).

Le premier jour comporte un accueil des patients par toute l'équipe, suivi d'un exposé général sur la maladie, ses causes, son histoire naturelle, les principes du traitement. Après une courte pause, des entretiens individuels ont lieu avec le médecin, l'ergothérapeute, la kinésithérapeute, la diététicienne et l'assistante sociale afin de faire le point de façon personnalisée et de débattre des sujets que les patients ne peuvent ou ne souhaitent pas aborder lors des séances de groupe. Une séance de balnéothérapie suivie d'une relaxation dirigée précède l'intervention d'un chirurgien orthopédiste. Les divers aspects chirurgicaux préventifs ou curatifs du traitement sont abordés en insistant particulièrement sur les lésions du pied.

La matinée du deuxième jour débute par une séance de gymnastique où sont exposés les mouvements à faire quotidiennement au niveau de toutes les articulations afin de maintenir amplitude et musculature. Cette matinée se termine par la préparation du repas de midi qui est prétexte à l'utilisation d'objets ergonomiques.

*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. : 64 96 91 33, poste 44.33*

L'après-midi se poursuit par une séance collective d'ergothérapie où sont abordés d'autres activités comme le bricolage, les activités ménagères, les appareillages. Une assistante sociale clôt la journée par une intervention générale sur le thème "Polyarthrite rhumatoïde et droits sociaux".

Le troisième jour, la diététicienne aborde les divers aspects théoriques et pratiques des manipulations alimentaires dans la PR. Un podologue intervient ensuite sur les divers aspects du pied rhumatoïde et du chaussage. La matinée se termine par une nouvelle séance d'ergothérapie où seront achevés les travaux entrepris lors des séances antérieures et par une activité de balnéothérapie. L'après-midi un chirurgien de la main expose les principes du traitement chirurgical à ce niveau en insistant sur la place et le moment de cette chirurgie dans le programme thérapeutique général. Cet exposé est suivi d'une séance de kinésithérapie ou de relaxation. La fin de l'après-midi est consacrée à une synthèse d'abord avec les patients où les impressions sont recueillies avec comme but essentiel d'améliorer ce qui peut l'être pour les sessions futures.

Une synthèse au sein de l'équipe soignante est effectuée, dégageant pour chaque patient et pour chaque activité les points clés qui seront transmis au rhumatologue traitant.

Environ 60 patients ont déjà bénéficié de cette formation. Une évaluation de l'efficacité de ce type de prévention est en cours. Les résultats préliminaires à court terme et à moyen terme sont extrêmement encourageants.

Ph. Gauding  
CHU Grenoble

## ÉTUDE DE CAS

# Sur les traces de V hypoglycémie

Monsieur S... 40 ans, diabétique depuis plus de dix ans, est hospitalisé pour déséquilibre glycémique. Le bilan ne met pas en évidence de complication dégénérative. Depuis quelques mois la glycémie au lever varie entre 0,5 et 2,5 g/l. Les hypoglycémies matinales ou de la seconde moitié de la nuit le rendent extrêmement agressif et bien vite cet aspect envahit tout son discours et surtout celui de sa femme qui l'accompagne au cours du programme éducatif.

Il ressort que cet homme intelligent, svelte, sportif, assumant de très hautes responsabilités dans un secteur de pointe



de la technologie européenne, s'occupe d'autant plus mal de son diabète que celui-ci ne l'a jamais inquiété ni freiné ses nombreux investissements tant professionnels que familiaux.

Parvenu au sommet de sa carrière cet homme ne peut accéder à la gravité de son état que par personne interposée, par ce qu'en dit sa femme qui, elle, en souffre particulièrement. Elle en souffre même dans sa chair puisque M. S..., lors des hypoglycémies, se trouve dans un état qu'il qualifiera de "second", la frappe et le mord. Une fois "resucré", il ne se souvient de rien et longtemps il écoute sa femme, incrédule de son comportement inquiétant. Ces crises mettent en péril ce couple uni ayant trois enfants, à un point tel que Madame S..., évoque la possibilité d'une séparation.

Le point nouveau à partir duquel en quelques entretiens nous travaillerons, résulte du fait qu'au cours de la dernière hypoglycémie la violence du patient était telle qu'elle a laissé des traces sur le corps de Madame S..., qui les exhibe à son mari comme autant de preuves d'un état que jusqu'ici il voulait continuer à ignorer. Elle est aidée dans cette démarche par le fait que le patient pour la première fois conserve un souvenir, certes confus, de ces instants où il s'est retrouvé "comme une bête".

En quelques entretiens nous nous efforcerons de faire de cette inscription de la maladie de l'un dans le corps de l'autre, la base sur laquelle puisse se construire une inscription psychique celle-là, qui manquait à M. S..., pour bien gérer son diabète. Le patient était jusqu'alors confronté au statut imaginaire de cette étrange maladie qui peut pour un temps n'exister que dans la parole de l'autre. Sans douleur, dont Freud nous rappelle le rôle organisateur des représentations de la maladie, sans "trace désignable" (toujours Freud) à ce qui peut être vécu comme une expérience semblable à la mort, sans complication, de quels indices le patient dispose-t-il pour faire sienne cette maladie dont il ne se

sentait pas malade ? Les stigmates de sa femme venaient donc rompre ce mystère et marquer que le moment de faire sien son diabète était venu.

Le patient quitte le service relativement équilibré, ayant pris la résolution d'acheter un stylo à insuline et un lecteur de glycémies, ce qui concourt à rassurer sa femme avec laquelle il a pu reprendre un dialogue, bien compromis depuis quelques temps.

J.P. BASCLET

Psychologue clinicien. Psychanalyste.  
Service d'Endocrino-Diabétologie.  
Centre Hospitalier Gilles de Corbeil.

## ANALYSE 1 BIBLIOGRAPHIQUE

# Troubles du comportement alimentaire : une enquête outre-manche

*Les troubles du comportement alimentaire sont-ils plus fréquents chez les jeunes atteints de diabète insulino-dépendant que dans la population générale ?*

C'est la question que des psychiatres anglais ont posée et à laquelle ils ont répondu dans le BMJ en 1991 (Fairburn et al.) en comparant un groupe de jeunes femmes atteintes de diabète insulino-dépendant (DID) à un groupe apparié de jeunes femmes non diabétiques et à un groupe de jeunes hommes DID.

54 femmes et 46 hommes, représentant 90 % des patients éligibles, ont accepté de participer à l'étude. Ils avaient été recrutés à partir du registre de consultation de diabétologie de l'hôpital d'Oxford, selon les critères d'inclusion suivants : âge 17 à 25 ans et durée du DID supérieure à un an.

Le groupe témoin (67 femmes) a été tiré au sort à partir des listes de médecins généralistes de la même région. Ce groupe a été apparié aux jeunes femmes atteintes de DID, sur l'âge et la classe sociale du père.

Un entretien à domicile basé sur des échelles standardisées a permis d'évaluer les habitudes alimentaires et les troubles des conduites alimentaires (EDE : eating

desordre examination) durant les quatre dernières semaines. Ces échelles permettent d'évaluer la fréquence et la gravité des troubles de l'alimentation tels que : suralimentation, vomissements auto-induits, restrictions alimentaire, préoccupation vis-à-vis du poids et de l'image corporelle.

Il faut préciser que l'échelle n'a pas été modifiée mais que l'interview a permis chez les patients DID de distinguer les troubles du comportement et les conduites alimentaires liées au traitement ; par exemple lorsque l'évaluation portait sur les aliments exclus, l'enquêteur faisait préciser les motifs de cette exclusion. Tous les sujets ont été pesés et l'hémoglobine glycosylée a été prélevée chez les patients DID.

Les désordres de l'alimentation ne sont pas plus fréquents dans le groupe des jeunes femmes atteintes de diabète que dans le groupe témoin de jeunes femmes. Chez les patientes diabétiques, l'importance de ces désordres est corrélée au niveau de l'hémoglobine glycosylée. Pour influencer leur poids, 37 % des femmes DID ont omis des injections ou effectué des sous-dosages d'insuline. Ni les désordres alimentaires, ni les sous-dosages et omissions d'insuline n'ont été retrouvés chez les hommes.

En conclusion, cette étude menée en Angleterre montre que les désordres alimentaires sont plus fréquents chez les femmes DID que chez les hommes DID, mais pas plus fréquents ni plus graves que chez les femmes non diabétiques.

Ceci devait être démontré de façon rigoureuse. Les auteurs mettent le doigt sur un point méthodologique intéressant, qui est la nécessité d'adapter les échelles d'évaluation des désordres alimentaires dans la population des DID afin de ne pas mesurer comme un trouble, un comportement alimentaires "prescrit" dans le cadre du traitement ! L'absence d'une prise en compte de ce point méthodologique explique la surestimation de la prévalence des troubles des conduites alimentaires chez les patients DID qui avait été publiée antérieurement. Il faut souligner la fréquence de la sous-insulinisation visant à contrôler le poids chez plus d'un tiers des jeunes femmes DID.

Les mêmes auteurs (Peveler et al. 1992) ont utilisé la même méthodologie dans une population de 76 adolescent(e)s DID (11-13 ans) et 76 adolescent(e)s non diabétiques appariés pour l'âge, le sexe et le niveau social.

Les fille DID ont un poids plus élevé et surveillent davantage leur alimentation pour contrôler leur poids que les filles non diabétiques, mais ne présentent pas plus de désordres alimentaires. 15% des filles DID ont omis ou réduit leurs doses d'insuline depuis un mois, dans le but d'influencer leur poids. Les garçons n'ont pas de surpoids ni de désordres alimen-

## **Diabetes Education Study Group de Langue Française FORMATION DES FORMATEURS**

Vice Président du DESG, responsable de la formation des formateurs : Dr. F. Elgrably.  
Directeur de la formation des formateurs : Dr. Judith Chwalow.

• **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 de 25 participants, multidisciplinaires, dirigés par l'équipe de formation des formateurs du DESG ainsi que des experts sélectionnés.

### • QUAND ?

MODULE 1	DIAGNOSTIC EDUCATIF	<b>20 au 22 sept. 93</b>
MODULE 2	CONSTRUIRE UN Pgm D'ENSEIGNEMENT	<b>6 au 8 déc. 93</b>
MODULE 3	Module PSYCHO ANALYTIQUE	<b>14 au 16 mars 94</b>
MODULE 4	Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE	<b>27 au 29 juin 94</b>
MODULE 5	COMMUNICATION	<b>17 au 19 oct. 94</b>
MODULE 6	COMMUNICATION (Suite)	<b>6 au 8 février 95</b>
MODULE 7	EVALUATION	<b>3 au 5 avril 95</b>

### **Pour toute demande de renseignements ou inscription :**

*Christine Baudoin - DESG I Formation des formateurs - INSERM - Unité 21  
16, avenue Paul-Vaillant Couturier - 94807 VILLE JUIF-CEDEX  
Tél.: (1) 45 59 51 08 - Fax: (1) 47 26 94 54*

taires comparativement au groupe témoin et ne réduisent pas leur dose d'insuline, mais n'ont pas un meilleur contrôle du diabète (HbA1c= 11,6%±2,8 vs 11,9%±2,2 chez les filles).

Nadia Tubiana-Rufi  
Service de Diabétologie Pédiatrique  
Hôpital Robert Debré - Paris

### **Bibliographie**

- Fairbùrn CG, Peveler RC, Davies B, Mann JI, Mayou RA. Eating disorders in young adults with insulin dépendent diabètes mellitus : a controled study. BrMedJ 1991;303:17-20.

- Littlefield CH, Craven JL, Rodin GM, Daneman D, Murray MA, Rydall AC. Relationship of self efficacy and bingeing to adhérence to diabètes regimen among adolescent. Diabètes Care 1992;15:90-2.

- Marcus M, Wing R. Eating disorders and diabètes. Diagnosis and management. Diabètes Spectrum : from Reasearch to Practice 1991; 3(6):361-400.

- Peveler RC, Fairbùrn CG, Boller I, Dunger D. Eating disorders in adolescents with IDDM. A controled study. Diabètes Care 1992;15:1356-60.

- Rodin GM, Daneman D. Eating disorders and IDDM. A problematic association. Diabètes Care 1992;15:1402-12.

- Stancin T, Link D, Reuter JM. Binge eating and purging in young women with IDDM. Diabètes Care 1989;12:601-3.

- Striegel-Moore RH, Nicholson TJ, Tamborlane WV. Prevalence of eating disorders symptoms in préadolescent and adolescent girls with IDDM. Diabètes Care 1992;15:1361-68.

## **Service Bibliographie**

Vous êtes intéressé par un ou plusieurs articles référencés dans la rubrique "Bibliographie" de "Diabète Éducation" mais vous ne disposez pas des revues ? Pas de problème : "Diabète Éducation" peut désormais vous en fournir une photocopie (au prix de 1 F. la page).

• **Libellez votre demande en notant bien :**

- le ou les n° des articles,
- le n° de Diabète Éducation.

• **Adressez-là à :**

**Diabète Éducation - Dr.  
G. Charpentier - 59, bd  
Henri Dunant - 91100 Corbeil Essonnes**

• **Joignez un règlement par chèque à l'ordre de ADMIGE, ou par timbres.**

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES I RÉCENTES

## DIABETE & METABOLISME

- A Lacroix, J-P Assal. Peut-on améliorer les prestations pédagogiques de médecins qui enseignent aux malades ? 1992;18(5):387-96.

## DIABETES CARE

- RR Wing. Behavioral treatment of obesity: its application to type II diabètes. 1993;16(1):193-99.

- MG Perri, SF Sears, JE Clark. Stratégies for improving maintenance of weight loss: toward a continuous care model of obesity management. 1993;16(1):200-209.

- LM Siminerio, M Frith. Need to assess readability of written materials for diabètes éducation curricula 1993;16(1):391-93.

- LV Miller. Diabètes patients and their physicians - an eager for knowledge from the West 1993;16(1):398-400.

- RM Anderson, MB Donnelly, DW Gorenflo, MM Funnell, KJ Sheets. Influencing the attitudes of medical students toward diabètes: results of a controlled study 1993;16(2):503-05.

- RD Griffiths, DV Rodgers, RG Moss. Patient's attitude toward screening for gestational diabètes mellitus in the Illawarra Area, Australia 1993;16(2):506-08.

- C Bradley. Designing medical and educational intervention studies : a review of some alternatives to conventional randomized controlled trials 1993;16(2):509-18.

- DJ Cox, L Gonder-Frederick, B Antoun, PE Cryer, WL Clarke. Perceived symptoms in the recognition of hypoglycemia 1993;16(2):519-27.

## DIABETIC MEDICINE

- KH Hawthorn, M Mello, S Tomlinson. Cultural and religious influences in diabètes care in Great-Britain 1993;10(1):8-12.

- RC Peveler, BA Davies, RA Mayou, CG Fairburn, JI Mann. Self-care behaviour and blood glucose control in young adults with type I diabètes mellitus 1993;10(1):74-80.

- E Wilson, EV Wardle, P Chandel, S Walford. Diabètes éducation: Asian perspective 1993;10(2):177-80.

## INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION BULLETIN

- ER Saxl. A patient and educator's perspective. An appeal for more diabètes éducation materials in developing countries 1992;37(3): 27-29.

## JOURNAL OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

- PA Newcomb, R Klein, KM Massoth. Education to increase ophthalmologic care in older onset diabètes patients : indications from the Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy 1992;16(4):211-17.

## DIABETES EDUCATOR

- JL Vandagriff, CH Stern, MP Golden, DP Orr. Using nontraditional methods to teach pédiatrie résidents about insulin-dependent diabètes mellitus 1993;19(1):21-4.

- KS Tu, G Me Daniel, JT Gay. Diabètes self-care knowledge, behaviors, and metabolic control of older adults : the effects of a posteducational follow-up program 1993;19(1):25-30.

- JR Kicklighter, MA Stein. Factors influencing diabetic clients'ability to read and comprehend printed diabetic material 1993;19(1):40-6.

- SM Strowig. Initiation and management of insulin pump therapy 1993;19(1):50-8.

- S Kruger, D Guthrie. Foot care : knowledge rétenion and self care practices 1992;18(6):487-90.

- SG Gaston. Outcomes of hypoglycemia treated by protocol in a community hospital 1992;18(6):491.

- KL Woolridge, KA Wallston, AL Graber, AW Brown, P Davidson. The relationship between health beliefs, adhérence, and metabolic control of diabètes 1992;18(6): 495-500.

- JM Heins, WR Nord, M Cameron. Establishing and sustaining state-of-the-art diabètes patient éducation programs : research and recommendations 1992;18(6):501.

- AE Maxwell, IF Hunt, MA Bush. Effects of a social support group, as an adjunct to diabètes training, on metabolic control and psychosocial outcomes 1992;18(4):303-9.

- KF Wickblad, KR Montin. Coping with a chronic disease 1992;18(4):316-20.

- RK Polly. Diabètes health beliefs, self-care behaviors, and glycémie control among older adults with non-insulin-dependent diabètes mellitus 1992;18(4):321-8.

## DIABETES SPECTRUM FROM RESEARCH TO PRACTICE

- DL Jornsay, TM Carney. Diabètes Care in schools Guidelines for health-care professionals who care for school-age children 1992;5(5):260-65.

- Walter Reed's diabètes éducation program - diabètes health in the military milieu 1993;6(1): 8-10.

## PATIENT EDUCATION AND COUNSELING

- LA Anderson, MA Zimmermann. Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction : a study of chronic disease management. 1993;20(1): 27-36.

## HYGIE (Organe officiel de l'Union Internationale pour la Santé)

- W de Haes, G Kok. L'efficacité de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé (Editorial) 1992;11(4):4.

- G Kok. Quality of planning as a decisive determinant of health éducation 1992;11(4):5-9.

- K Tones. Measuring success in health promotion. Selecting indicators of performance 1992;11(4): 10-4.

## DIABETE EDUCATION

### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Paul VALENSI (Paris)

### DIRECTEUR DE RÉDACTION

G. CHARPENTIER

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

### COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)  
Philippe CHANSON (Paris)  
Sylvaine CHAVEL (Lyon)  
Judith CHWALOW (Paris)  
Fabienne ELGRABLY (Paris)

Jean-Louis GRENIER (Roubaix)  
Serge HALIMI (Grenoble)  
Anne-Marie le GUERRIER (Rennes)  
Bernard LESOBRE (Neuilly-sur-Seine)  
Nadia TUBIANA-RUFI (Paris)  
Paul VALENSI (Paris)  
Patrick VEXIAU (Paris)

MAQUETTE Studio Grafiligne - 64 98 88 07

IMPRESSION Finkmatt Impression - 4, rue Gutemberg - ZA.67610LA WANTZENAU

# DIAMICRON

Glicazide

Une double action : métabolique et vasculaire.  
2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

**Composition** : Gliclazide 0,080 g par comprimé sécable. **Propriétés pharmacologiques** : Sulfamide hypoglycémiant présentant des propriétés microvasculaires originales. **Indications** : Diabètes non acidocétosiques, non insulino-dépendants de l'adulte et du vieillard, lorsque le régime prescrit n'est pas suffisant pour rétablir à lui seul l'équilibre glycémique. **Posologie** : Dans la majorité des cas, 2 comprimés par jour. Coût du traitement journalier : 1,79 à 7,17F. **Contre-indications** : Diabète infantile, diabète juvénile, cétose grave, acidose, précoma et coma diabétiques, grossesse, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique grave, antécédents allergiques connus aux sulfamides, association au miconazole comprimé. **Effets indésirables** : Réactions cutanéomuqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamide-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. **Précautions d'emploi** : Régimes hypocaloriques et/ou hypoglycémiques et surveillance habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilité d'interaction avec le miconazole (hypoglycémie grave), A.I.N.S. (notamment salicylés), sulfamides antibactériens, coumariniques, BvIAO, bêta-bloquants, diazépam, tétracycline, maléate de perhexiline, chloramphénicol, clofibrate, alcool (hypoglycémies) ; barbituriques (réduction d'activité) ; corticoïdes, salidiurétiques, cestro-progestatifs (hyperglycémie). **Présentation** : Boîte de 20 : 43,80 F - A.M.M. 312936-1. Boîte de 60 : 107,60 F A.M.M. 312937-8. Liste I - Conservation : 3 ans. S.S. 70 %. Coll. et AP. Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les Aubrais. (Informations complémentaires : cf. Vidal).