LA SITUATION ACTUELLE

Présentation générale

Histoire du service

Le service d'Endocrinologie – Diabétologie - Maladies de la nutrition du Centre Hospitalier de la Côte Basque fut créé en 1976, dirigé par le Docteur Alain Cailleba, nommé en 1991.

Mission du service

La diabétologie:

prise en charge du patient présentant un diabète sucré - maladie dont la chronicité demande des soins de PREVENTION ET EDUCATION

Les maladies de la nutrition :

problèmes pondéraux et dyslipidémie reposant également sur PREVENTION ET EDUCATION

L'endocrinologie:

organisation de dosages hormonaux statiques et dynamiques, de courtes hospitalisations « aiguës »

Localisation du service

Situé au premier étage de la clinique médico-chirurgicale du Centre Hospitalier de la Côte Basque, l'unité médicale comporte :

- Un service d'hospitalisations
 - . 10 chambres à 2 lits
 - . 6 chambres à 1 lit
 - . une salle d'éducation (mise en place en 1994 par la transformation d'une chambre patient)
 - .un poste de soins
 - le bureau de la surveillante
 - .un office
- Un service de consultations
 - . une salle d'attente
 - . le secrétariat
 - le bureau du Docteur Alain Cailleba
 - le bureau de son assistante : le Docteur Laurence Ritz-Quillacq
 - . le bureau des internes (un binôme)

Activité médicale du service

En hospitalisation

	1992	2002
Nombre de patients hospitalisés	900 à 905	
Durée moyenne de séjour	9,86 jours	

Répartition de l'activité d'hospitalisation	1992	2002
Diabétologie	50 %	
Endocrinologie	20 %	
Médecine interne	30 %	

Parmi les patients hospitalisés

80 % proviennent des consultations

20 % sont adressés par les médecins traitants ou les autres services du Centre Hospitalier de la Côte Basque (urgences – transferts)

Les patients viennent surtout des Pyrénées Atlantiques (%) et des Landes (%).

En consultations

Les consultations externes sont assurées par :

- le Docteur Alain Cailleba à raison de 3 consultations hebdomadaires (public libéral)
- le Docteur Laurence Ritz-Quillacq à raison de 2 consultations hebdomadaires
- moi-même à raison de 2 consultations hebdomadaires

Le nombre de consultations de 1992 à 2002 est passé de 1 200 - 1 400 à ****.

100 % des consultations relèvent de la spécialité.

Le délai d'attente de consultation en 1992 de 4 semaines environ (pour 1 médecin consultant), arrive à 3 mois en 2003 (3 médecins consultants).

Les deux médecins en poste effectuant par ailleurs des consultations hebdomadaires dans les différents services du Centre Hospitalier de la Côte Basque.

3 – Commentaires généraux

Points forts Points faibles

Equipe motivée Manque de moyens en personnel médical

Equipe compétente Manque de moyens matériels

Analyse du fonctionnement médical du service

Le personnel du service d'Endocrinologie – Diabétologie - Nutrition comprend :

- son chef de service, praticien hospitalier temps plein
- une assistante temps plein
- 4 médecins attachés (2 médecins généralistes, 1 psychiatre et moi-même)
- 2 internes résidents en médecine générale
- un podologue –pédicure attaché
- une surveillante infirmière cadre de santé

- 11 infirmièr(e)s dont 2 de nuit
- 15 aide-soignant(e)s dont 2 de nuit (toutes classes et grades confondus)
- 2 secrétaires médicales (2 mi-temps) et une aide apportée par un agent en Contrat Emploi Solidarité
- une diététicienne *****
- une assistante sociale à titre de consultant

C'est au lit du patient que les ophtalmologues réalisent leur bilan.

Pour les patients atteints de troubles du comportement alimentaire (boulimie-anorexie-boulimie/anorexie), la prise en charge est assurée par le médecin attaché psychiatre.

Il n'y a pas de prise en charge psychologique des troubles érectiles

Le dossier médical comprend :

- un cahier d'observation où l'histoire de la maladie, les antécédents et les données de l'examen clinique sont colligés ????
- les évènements importants de l'évolution consignés par internes, chef de service, assistant ou attachés
- les examens complémentaires
- le compte-rendu d'hospitalisation

Ce dossier médical est placé dans une poche spéciale où sont les clichés radiologiques.

QUE DIRE DE LA MISE EN PLACE D'UNE STRUCTURE EDUCATIVE

Une note d'opportunité en 1989

L'établissement d'un projet de service en Décembre 1993 par le Docteur A. Cailleba pour une éducation. de semaine des diabétiques

. . .

Dix années se sont écoulées, l'éducation actuellement, c'est une éducation?.

- au lit du malade de façon isolée
- par regroupement de quelques patients en salle d'éducation autour d'une infirmière
- informelle, sans le savoir, tous les jours, sans évaluation, non structurée mais pleine de bonne volonté
- soutenue par les laboratoires qui nous fournissent du matériel d'auto-surveillance et le consommable, des stylos à insuline, des supports divers.

Mais sont-ce des moyens d'obtenir des modifications de comportement ?

L'hémoglobine A1C n'est pas son seul critère de succès. Il faut se fixer d'autres objectifs que la glycémie capillaire et la perte de poids.

C'EST QUOI L'EDUCATION ?

Disquette

EDUCATION C'EST QUOI

L'éducation : une nécessité médico-économique

A la compliance au traitement, il existe un effet temps – un effet âge – un effet traitement.

Un effet temps : 49 % des patients ayant présenté un infarctus du myocarde arrêtent leur programme de rééducation à l'effort avant la fin de la première année.

Un effet âge : 25 à 30 % des personnes âgées ne sont pas compliantes ; dans 30 % des cas, l'hospitalisation du sujet âgé est lié à la non-observance du traitement.

Un effet traitement : plus il est contraignant (nombre de médicaments, règles diététiques, interdits divers), moins longtemps il est suivi.

(Grenier J.L. 1998 Diabète éducation volume 8 n°2 p 6-8 - Diabète et pédagogie : L'éducation, une nécessité médico-économique)

Le diabète est une maladie que l'on ne peut pas guérir mais que l'on sait soigner de mieux en mieux. L'éducation thérapeutique vise à rendre le patient autonome et responsable. Apprendre au patient à vivre son affection et lui permettre en toute sécurité de prendre en main sa propre vie, c'est la fonction éducative la plus passionnante et la plus exigeante qui soit.

Avoir une fonction pédagogique n'est pas spontané, improvisé - Le diabétique est un patient en difficulté.

Pourquoi ? accueillir – écouter – éduquer – former

Par qui ? médecin – infirmière – diététicienne – aide-soignante – podologue – psychologue – kinésithérapeute

Comment ? accueil individuel – ateliers de groupe – présentation de matériel – centres de documentation

Pour qui ? les diabétiques – leur entourage – les professionnels de santé

Objectifs pédagagogiques Un objectif : une évaluation

C'EST QUOI L'EDUCATION?

La démarche éducative [4] en matière de soins a pour but d'accompagner le patient sur le chemin d'une plus grande autonomie vis-à-vis de sa santé, elle n'a pas pour but de le rendre plus observant : un patient-partenaire, un auto-soin

« Au-delà d'un rôle de prévention des complications de telle ou telle affection aiguë ou chronique, il existe maintenant un changement des conceptions de la santé et le patient doit devenir un acteur essentiel de ses propres soins dans le domaine de certaines pathologiques chroniques où il doit se prendre en charge »(Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999 Carton M., Cerruti F.R, Grillet G., Le Guern H., Lerat D., Monnier B.

Si des problèmes se posent quant aux fluctuations de la démographie médicale, les effets attendus de l'éducation du patient (réduction des coûts, par exemple) sont des effets secondaires qui ne sont en rien des objectifs de l'éducation.

L'éducation n'a pas pour finalité la rentabilité économique mais l'apprentissage de capacités et de compétences.

Les nouvelles technologies rendent illusoires le monopole de l'information.

Si l'éducation médicale concerne plutôt la résolution de maladies aiguës, centrée sur le médecin alors que l'éducation thérapeutique s'intéresse principalement aux maladies chroniques. faisant du patient le principal acteur du dispositif éducatif (Assal, 1996) [6].

education

Suivi patient

Prise en charge intensive multi-factorielle au long cours des diabétiques de type II : elle réduit le risque de complications micro-vasculaires et cardio-vasculaires sévères : communication du Dr Pedersen (Danemark, IDF 2003 Paris).

Après 8 ans de suivi : mise en valeur de la prise en charge intensive par rapport à la prise en charge « conventionnelle »

- le risque de complications macro-vasculaires est diminué de 53 %
- le risque de rétinopathies est diminué de 58 %
- le risque de néphropathies est diminué de 61 %

le risque de neuropathies autonomes est diminué de 63 %

++++++ à coller

CRITÈRES DE FONCTIONNEMENT EDUCATION PROPOS SOIGNANTS

Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient

Dans un contrat d'éducation, deux qualités fondamentales :

- la pertinence,
- le réalisme.

Centré sur le patient, il précise qu'il doit être capable de faire au terme de son apprentissage. Etablissement du diagnostic éducatif

C'est une approche méthodologique exhaustive réalisée par le soignant permettant de découvrir les acquis, les potentialités, la personnalité... d'un patient pour ensuite élaborer avec lui un contrat d'éducation personnalisé. C'est la première étape indispensable à l'????????.

Le malade a son monde propre, son propre passé et son propre avenir. Il faut le faire exister. Entre le savoir et le faire, il y a le comportement. Etre malade, c'est être autre : être dans son « moi », dans son corps, dans ses rapports au temps et à l'espace, dans ses relations au monde environnant et aux personnes qui en font partie.

L'attitude de l'infirmière à l'égard du malade est empathique, en même temps distancielle, voire corrective car thérapeutique. Il faut d'abord aider les malades dans leur unité corporelle subjective, respecter leur histoire, rendre au malade son unicité personnelle (subjective et corporelle), sa propre histoire.

Comme mode d'être, la maladie est une réalité qui s'impose à la conscience du sujet malade et des personnes de son entourage. La mort se lit en filigrane dans la maladie – La relation thérapeutique J.P. Valabrega – 1962.

La déclaration de Saint Vincent, qui a rassemblé en Octobre 1989 des spécialistes de l'OMS et de la FID sur le diabète, a défini des objectifs de prévention et auto-prise en charge :

- réduction des nouveaux cas de cécité d'un tiers ou plus
- réduction du nombre de personnes ayant besoin d'une dialyse, d'une transplantation rénale d'au moins un tiers

- réduction du nombre d'amputations des membres inférieurs pour gangrène d'au moins la moitié
- réduction des facteurs de risque cardio-vasculaire
- obtention de bon résultats pour les grossesses diabétiques
- promotion à l'indépendance, l'équité et l'auto-suffisance pour chaque personne atteinte de diabète

L'obtention de ces objectifs fait de manière évidente intervenir une éducation de qualité à laquelle tous les diabétiques aient accès

Pour se faire il paraît indispensable d'améliorer les pratiques éducatives par la mise en place d'unités d'éducation et pour trois raisons [2] :

- épidémiologiques : en France, le nombre et la durée des maladies chroniques et des handicaps s'accroissent, (le vieillissement de la population l'augmentation importante de l'espérance de vie). Les personnes concernées doivent s'impliquer dans leur prise en charge et/ou modifier leurs habitudes de vie
- sociologiques : la notion de patient-citoyen se développe. Les usagers réclament des comptes et veulent être informés. Les associations de patients se fédèrent dans l'objectif de participer aux prises de décisions dans l'organisation des soins et la promotion de la santé. Les patients sont partenaires des soignants. La société évolue dans le sens d'un plus grand partage de décisions.
 - économiques : l'éducation d'un patient qui souffre de maladie chronique :
 - □ améliore la qualité de vie
 - □ améliore l'efficacité de son traitement
 - □ réduit le coût de prise en charge par :
 - une diminution des visites en urgence
 - une diminution du nombre des hospitalisations
 - une diminution de la durée des hospitalisations
 - une réduction des arrêts de travail
 - une diminution du nombre de complications

L'éducation du patient, c'est un partage des savoir, savoir-faire, savoir devenir et savoir être.

« Mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la gérer correctement. » (Assal - 1990)

ALORS COMMENT RENDRE LE PATIENT PLUS AUTONOME

- Adopter une démarche pédagogique centrée sur le patient : mettre l'information à la disposition de celui qui en a besoin (il n'est pas vierge de connaissances, de conceptions, de croyances et de représentations)
- Créer un environnement, un lieu et une ambiance
- Des efforts de médecins, une participation mutuelle [3] chassant la relation directionautorité-coopération pour une négociation entre soignant et soigné
- Des efforts des politiques :
 - ▲ Une reconnaissance de l'acte éducatif qui n'est actuellement pas codifé
- •Des compétences spécifiques pour :
 - savoir écouter
 - établir un diagnostic éducatif [1]

- une négociation d'objectifs d'apprentissage liés aux compétences que doit acquérir le patient
- l'apprentissage par le patient des connaissances, habilité et techniques correspondantes
- créer des critères d'évaluation
- mettre en œuvre des activités d'apprentissage en situation, des outils et techniques pédagogiques
- création d'outils d'évaluation

Les médecins sont conduits à se faire pédagogues [5].

Dans une maladie de toute une existence, le patient est un partenaire obligé.

En effet face à une maladie chronique, les soignants doivent :

- .faciliter l'acceptation de la maladie, c'est-à-dire aider au travail de deuil par le passage successif des phases d'acceptation :
 - . éviter les contre-attitudes médicales
 - saisir le moment privilégié pour les changements de comportement
- aider à l'adoption d'une stratégie de résolution de problèmes en tenant compte des styles relationnels et cognitifs du patient.

4 notions essentielles

tout nouveau deuil ravive tout le deuil antérieur

l'aptitude au deuil dépend notamment des conditions des deuils antérieurs et de l'environnement psycho-affectif du patient

les échecs du deuil sont : d'une part la pseudo-acceptation (refus conscient de la maladie), d'autre part la chronicisation (le patient n'est plus qu'un diabétique)

aider au deuil, ce n'est pas le nier mais affirmer une présence emphatique et assurer un accompagnement

Pour être apte à résoudre un problème, le patient doit :

- connaître son risque personnel de complications
- parler de la représentation de ses risques
- savoir qu'on peut les éviter
- savoir qu'il peut personnellement les éviter et que le bénéfice du traitement vaut la peine d'en accepter les contraintes.

«Jamais la connaissance d'un risque ne suffit à elle seule à entraîner un changement de comportement. On peut changer de comportement, on ne peut pas changer de personnalité. » (Professeur André Grimaldi)

Les styles relationnels peuvent se définir selon le caractère extraverti ou intraverti, dominant ou conciliant du patient :

Ainsi, le test persona (cf documents annexes) retient :

un patient dominant-extraverti dit « promouvant » :

qui supporte mal l'image dévalorisante à ses yeux de la maladie chronique

est souvent plus apte à s'occuper des autres que de lui-même

le malade dominant-introverti dit « contrôlant » :

qui a besoin d'efficacité,

c'est à lui de prendre la décision et non aux soignants

le malade conciliant-extraverti dit « facilitant » (un yes-man):

souvent un convivial qui a du mal à agir différemment de son entourage

le malade conciliant-intraverti dit « analysant » :

volontiers précis, méticuleux, attaché à ses habitudes familiales, obsessionnel, le risque pour les soignants est de faciliter sa chronicisation.

Il faut savoir saisir les moments privilégiés pour obtenir un changement de comportement, des moments d'angoisse qu'il ne faut pas chercher à supprimer comme dans la maladie aiguë mais à transformer en des forces de motivation.

Ce sont

- le diagnostic de la maladie (moment à privilégier pour l'éducation thérapeutique)
- l'apparition des premières complications
- les évènements de vie (heureux ou malheureux, décès d'un ami, d'un parent, départ à la retraite, naissance d'un enfant ou d'un petit- enfant)
- la discussion de l'insulinothérapie, en opposition du traitement médicamenteux : le patient cherchera à retarder l'heure de l'insuline

Dans la relation soignant-soigné : éviter les contre-attitudes médicales de type :

- la résignation : le médecin se contente de renouveler l'ordonnance
- la dramatisation : « les cigarettes ou les jambes ! »
- l'infantilisation : le médecin joue à « Papa qui gronde » ou « Maman qui console »
- la banalisation des contraintes : « Ce n'est pas terrible ce que je demande » «Allez, courage ! » « Je ne vous demande pas grand-chose ».
- la banalisation des contraintes et la dramatisation du risque : « Je ne vous demande pas grand-chose sinon c'est être aveugle et cul-de-jatte ! »
- le jugement moralisateur : « Un peu de volonté, Madame ! »
- la surmédicalisation : pour un déséquilibre, passer de bilan en bilan, de cure d'insuline en pompe implantable...

Les patients ont un style cognitif, ils sont :

- . rapides, voire impulsifs, ont beaucoup de mal à prendre le temps de la réflexion
- . lents, voire minutieux, qui se perdent dans les détails avec des carnets d'autosurveillance surchargés, tenus avec une rigueur d'écolier
- . ouverts, voire dispersés, qui ont du mal à suivre un raisonnement ou une attitude rationnelle
- . réservés, voire craintifs, perpétuellement inquiets, s'affolant devant la moindre élévation de la glycémie ou l'hémoglobine glyquée
 - . rigoureux, voire rigides, avec lesquels il vaut mieux se montrer très professionnels.

Un mode vertical, du professionnel détenteur du savoir vers le patient ignorant, ou sur un mode plus horizontal où chacun participe à la construction d'une solution thérapeutique par un apprentissage réciproque.

L'éducation dépend de la qualité des informations partagées, du patient vers le soignant et du soignant vers le patient. Le but effectif et unique de l'éducation du patient est de maintenir ou d'améliorer la santé des patients.

Il faut un diagnostic correct – un traitement adéquat – un suivi thérapeutique dès que le rôle du patient doit passer de la passivité à l'activité.

Un patient éduqué est mieux à même de prendre des décisions pertinentes pour sa santé.

L'éducation des diabétiques, comme pour toute maladie chronique, est difficile. Informer les patients et surtout obtenir des modifications de comportement nécessitent de faire appel à des techniques qui dépassent largement la « bonne volonté » des médecins. N'est pas éducateur qui veut, la prise en charge par de véritables professionnels ayant une formation spécifique est nécessaire.

.

Les personnels intervenant dans l'éducation des patients doivent être formés de manière adaptée, qu'ils soient médecins, infirmières, diététiciennes ou autres...

Face au coût financier et humain (perte de qualité de vie), des mesures préventives sont à mettre en œuvre : une participation active du patient est alors indispensable.

Il ne s'agit pas seulement d'aider à l'acquisition de connaissances spéciales mais de proposer à son patient, qui va devenir un acteur essentiel de ses propres soins, une relation privilégiée. Celle-ci aura pour but, en tenant le plus grand compte de son âge, des caractéristiques psychosociales, familiales, culturelles, religieuses :

- l'aider à reconstruire un projet de vie, surtout dans le cas de maladie invalidante, de maladie de toute une existence
- lui donner le plus d'autonomie et ce, le plus longtemps possible.

« Soigner et éduquer sont deux actions de nature distincte même si elles doivent se conjuguer au bénéfice du patient. »

L'acceptation de la maladie sera plus ou moins bonne suivant la motivation du patient, une condition essentielle : sa possibilité d'apprentissage.

Le projet de vie, élaboré en commun, va permettre au patient de construire son avenir. Il aura aussi fallu tenir compte de l'expérience antérieure du malade et de ce qu'il sait déjà et adapter le message éducatif à sa structure mentale.

Ce recueil d'informations, cet échange constituent ce que le Professeur D'Ivernois appelle le diagnostic éducatif.

(Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999)

La communication magistrale d'un savoir : une efficacité bien illusoire.

Il faut faire rechercher au patient eux-mêmes et activement les informations. En élaborant des réponses conjointes, les patients développent leur capacité à s'entendre.

Une harmonie dans l'éducation thérapeutique des diabétiques entre les soignants - les patients - et le savoir.

Il est trop facile de dire « Faites comme je dis ».

Les patients ont un savoir, une expérience qui sont d'un autre ordre que ceux des soignants. C'est en cela que le partenariat peut être fructueux dans une démarche éducative.

Pour quels patients ? L'éducation thérapeutique structurée est plus efficace que l'information seule. Pour quels patients ? L'éducation thérapeutique doit être proposée à tous les diabétiques adultes, adolescents, enfants, en fonction du diagnostic éducatif et être renforcée lors du suivi.

Par quels acteurs ? Les professionnels de santé.

Dans quel lieu ? L'éducation thérapeutique se propose en consultation, lors d'une hospitalisation, dans le cadre d'un centre spécifique ou d'un réseau de soins.

L'éducation vise à :

- l'acquisition des connaissances
- obtenir des modifications du comportement nécessitant une formation pédagogique des médecins, centrée sur l'écoute active des patients

Adolescence : période de mouvance, d'hésitations entre un statut d'enfant et celui à venir, d'adulte

Il faut passer du paternalisme à la co-décision ».

De quelle prévention s'agit-il?

primaire secondaire tertiaire

① Prévention primaire ou éducation pour la santé	➤ éviter qu'une population n'accumule des comportements à risque
	responsabiliser l'homme à toutes les étapes de sa vie
② Prévention secondaire	retarder l'apparition de la maladie compte tenu des facteurs existants
③ PREVENTION TERTIAIRE ou éducation	\ limiter les séquelles \ éviter les complications

L'éducation du patient, des personnes ayant des pathologies chroniques se situe au niveau de la prévention tertiaire.

Pouvoir gérer :

à court terme : la gestion de sa maladie
à long terme : la gestion de sa santé

Changer la mentalité médecin/malade

	Dans la maladie aiguë	Dans la maladie chronique
Objectif	Guérison	Amélioration Prévention
Relation médecin/malade	Parent/enfant (on régresse dans l'approche de la mort)	Relation adulte/adulte
Malade	Passif	Actif

Compliance	Excellente	Mauvaise
------------	------------	----------

Pourquoi des défauts de compliance des patients ?

Parce que l'apprentissage du patient est un processus unique, individuel, constructif et continu qui dépend en grande partie de ses connaissances antérieures (biblio).

Comme principale cause d'échec de la prise en charge : la non-compliance des patients à leur traitement prolongé qui est chiffrée entre 30 et 60%.

Intérêt d'une alliance négociée entre soignants et soignés

La démarche éducative [4] en matière de soins a pour but d'accompagner le patient sur le chemin d'une plus grande autonomie vis-à-vis de sa santé, elle n'a pas pour but de le rendre plus observant : un patient-partenaire, un auto-soin

« Au-delà d'un rôle de prévention des complications de telle ou telle affection aiguë ou chronique, il existe maintenant un changement des conceptions de la santé et le patient doit devenir un acteur essentiel de ses propres soins dans le domaine de certaines pathologiques chroniques où il doit se prendre en charge »(Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999 Carton M., Cerruti F.R, Grillet G., Le Guern H., Lerat D., Monnier B.

Si des problèmes se posent quant aux fluctuations de la démographie médicale, les effets attendus de l'éducation du patient (réduction des coûts, par exemple) sont des effets secondaires qui ne sont en rien des objectifs de l'éducation.

L'éducation n'a pas pour finalité la rentabilité économique mais l'apprentissage de capacités et de compétences.

Les nouvelles technologies rendent illusoires le monopole de l'information.

Si l'éducation médicale concerne plutôt la résolution de maladies aiguës, centrée sur le médecin alors que l'éducation thérapeutique s'intéresse principalement aux maladies chroniques. faisant du patient le principal acteur du dispositif éducatif (Assal, 1996) [6].

La déclaration de Saint Vincent, qui a rassemblé en Octobre 1989 des spécialistes de l'OMS et de la FID sur le diabète, a défini des objectifs de prévention et auto-prise en charge :

- réduction des nouveaux cas de cécité d'un tiers ou plus
- réduction du nombre de personnes ayant besoin d'une dialyse, d'une transplantation rénale d'au moins un tiers
- réduction du nombre d'amputations des membres inférieurs pour gangrène d'au moins la moitié
- réduction des facteurs de risque cardio-vasculaire
- obtention de bon résultats pour les grossesses diabétiques
- promotion à l'indépendance, l'équité et l'auto-suffisance pour chaque personne atteinte de diabète

L'obtention de ces objectifs fait de manière évidente intervenir une éducation de qualité à laquelle tous les diabétiques aient accès

Pour ce faire il paraît indispensable d'améliorer les pratiques éducatives par la mise en place d'unités d'éducation et pour trois raisons [2] :

- épidémiologiques : en France, le nombre et la durée des maladies chroniques et des handicaps s'accroissent, (le vieillissement de la population l'augmentation importante de l'espérance de vie). Les personnes concernées doivent s'impliquer dans leur prise en charge et/ou modifier leurs habitudes de vie
- sociologiques : la notion de patient-citoyen se développe. Les usagers réclament des comptes et veulent être informés. Les associations de patients se fédèrent dans l'objectif de participer aux prises de décisions dans l'organisation des soins et la promotion de la santé. Les patients sont partenaires des soignants. La société évolue dans le sens d'un plus grand partage de décisions.
 - économiques : l'éducation d'un patient qui souffre de maladie chronique :
 - □ améliore la qualité de vie
 - □ améliore l'efficacité de son traitement
 - □ réduit le coût de prise en charge par :
 - une diminution des visites en urgence
 - une diminution du nombre des hospitalisations
 - une diminution de la durée des hospitalisations
 - une réduction des arrêts de travail
 - une diminution du nombre de complications

L'éducation du patient, c'est un partage des savoir, savoir-faire, savoir devenir et savoir être.

« Mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la gérer correctement. » (Assal - 1990)

ALORS COMMENT RENDRE LE PATIENT PLUS AUTONOME

- Adopter une démarche pédagogique centrée sur le patient : mettre l'information à la disposition de celui qui en a besoin (il n'est pas vierge de connaissances, de conceptions, de croyances et de représentations)
- Créer un environnement, un lieu et une ambiance
- Des efforts de médecins, une participation mutuelle [3] chassant la relation directionautorité-coopération pour une négociation entre soignant et soigné
- Des efforts des politiques :
 - ▲ Une reconnaissance de l'acte éducatif qui n'est actuellement pas codifié
- •Des compétences spécifiques pour :
 - savoir écouter
 - établir un diagnostic éducatif [1]
 - une négociation d'objectifs d'apprentissage liés aux compétences que doit acquérir le patient
 - l'apprentissage par le patient des connaissances, habilité et techniques correspondantes
 - créer des critères d'évaluation
 - mettre en œuvre des activités d'apprentissage en situation, des outils et techniques pédagogiques

- création d'outils d'évaluation

Les médecins sont conduits à se faire pédagogues [5].

Dans une maladie de toute une existence, le patient est un partenaire obligé.

En effet face à une maladie chronique, les soignants doivent :

.faciliter l'acceptation de la maladie, c'est-à-dire aider au travail de deuil par le passage successif des phases d'acceptation :

. éviter les contre-attitudes médicales

saisir le moment privilégié pour les changements de comportement

aider à l'adoption d'une stratégie de résolution de problèmes en tenant compte des styles relationnels et cognitifs du patient.

4 notions essentielles

tout nouveau deuil ravive tout le deuil antérieur

l'aptitude au deuil dépend notamment des conditions des deuils antérieurs et de l'environnement psycho-affectif du patient

les échecs du deuil sont : d'une part la pseudo-acceptation (refus conscient de la maladie), d'autre part la chronicisation (le patient n'est plus qu'un diabétique)

aider au deuil, ce n'est pas le nier mais affirmer une présence emphatique et assurer un accompagnement

Pour être apte à résoudre un problème, le patient doit :

- connaître son risque personnel de complications
- parler de la représentation de ses risques
- savoir qu'on peut les éviter
- savoir qu'il peut personnellement les éviter et que le bénéfice du traitement vaut la peine d'en accepter les contraintes.

«Jamais la connaissance d'un risque ne suffit à elle seule à entraîner un changement de comportement. On peut changer de comportement, on ne peut pas changer de personnalité. » (Professeur André Grimaldi)

Les styles relationnels peuvent se définir selon le caractère extraverti ou intraverti, dominant ou conciliant du patient :

Ainsi, le test persona (cf documents annexes) retient :

un patient dominant-extraverti dit « promouvant » :

qui supporte mal l'image dévalorisante à ses yeux de la maladie chronique

est souvent plus apte à s'occuper des autres que de lui-même

le malade dominant-introverti dit « contrôlant » :

qui a besoin d'efficacité,

c'est à lui de prendre la décision et non aux soignants

le malade conciliant-extraverti dit « facilitant » (un yes-man):

souvent un convivial qui a du mal à agir différemment de son entourage

le malade conciliant-intraverti dit « analysant » :

volontiers précis, méticuleux, attaché à ses habitudes familiales, obsessionnel, le risque pour les soignants est de faciliter sa chronicisation.

Il faut savoir saisir les moments privilégiés pour obtenir un changement de comportement, des moments d'angoisse qu'il ne faut pas chercher à supprimer comme dans la maladie aiguë mais à transformer en des forces de motivation.

Ce sont

- le diagnostic de la maladie (moment à privilégier pour l'éducation thérapeutique)
- l'apparition des premières complications
- les évènements de vie (heureux ou malheureux, décès d'un ami, d'un parent, départ à la retraite, naissance d'un enfant ou d'un petit- enfant)
- la discussion de l'insulinothérapie, en opposition du traitement médicamenteux : le patient cherchera à retarder l'heure de l'insuline

Dans la relation soignant-soigné : éviter les contre-attitudes médicales de type :

- la résignation : le médecin se contente de renouveler l'ordonnance
- la dramatisation : « les cigarettes ou les jambes ! »
- l'infantilisation : le médecin joue à « Papa qui gronde » ou « Maman qui console »
- la banalisation des contraintes : « Ce n'est pas terrible ce que je demande » «Allez, courage ! » « Je ne vous demande pas grand-chose ».
- la banalisation des contraintes et la dramatisation du risque : « Je ne vous demande pas grand-chose sinon c'est être aveugle et cul-de-jatte! »
- le jugement moralisateur : « Un peu de volonté, Madame ! »
- la surmédicalisation : pour un déséquilibre, passer de bilan en bilan, de cure d'insuline en pompe implantable...

Les patients ont un style cognitif, ils sont :

- . rapides, voire impulsifs, ont beaucoup de mal à prendre le temps de la réflexion
- . lents, voire minutieux, qui se perdent dans les détails avec des carnets d'autosurveillance surchargés, tenus avec une rigueur d'écolier
- . ouverts, voire dispersés, qui ont du mal à suivre un raisonnement ou une attitude rationnelle
- . réservés, voire craintifs, perpétuellement inquiets, s'affolant devant la moindre élévation de la glycémie ou l'hémoglobine glyquée
 - . rigoureux, voire rigides, avec lesquels il vaut mieux se montrer très professionnels.

Un mode vertical, du professionnel détenteur du savoir vers le patient ignorant, ou sur un mode plus horizontal où chacun participe à la construction d'une solution thérapeutique par un apprentissage réciproque.

L'éducation dépend de la qualité des informations partagées, du patient vers le soignant et du soignant vers le patient. Le but effectif et unique de l'éducation du patient est de maintenir ou d'améliorer la santé des patients.

Il faut un diagnostic correct – un traitement adéquat – un suivi thérapeutique dès que le rôle du patient doit passer de la passivité à l'activité.

Un patient éduqué est mieux à même de prendre des décisions pertinentes pour sa santé.

L'éducation des diabétiques, comme pour toute maladie chronique, est difficile. Informer les patients et surtout obtenir des modifications de comportement nécessitent de faire appel à des techniques qui dépassent largement la « bonne volonté » des médecins. N'est pas éducateur qui veut, la prise en charge par de véritables professionnels ayant une formation spécifique est nécessaire.

.

Les personnels intervenant dans l'éducation des patients doivent être formés de manière adaptée, qu'ils soient médecins, infirmières, diététiciennes ou autres...

Face au coût financier et humain (perte de qualité de vie), des mesures préventives sont à mettre en œuvre : une participation active du patient est alors indispensable.

Il ne s'agit pas seulement d'aider à l'acquisition de connaissances spéciales mais de proposer à son patient, qui va devenir un acteur essentiel de ses propres soins, une relation privilégiée. Celle-ci aura pour but, en tenant le plus grand compte de son âge, des caractéristiques psychosociales, familiales, culturelles, religieuses :

- l'aider à reconstruire un projet de vie, surtout dans le cas de maladie invalidante, de maladie de toute une existence
- lui donner le plus d'autonomie et ce, le plus longtemps possible.

« Soigner et éduquer sont deux actions de nature distincte même si elles doivent se conjuguer au bénéfice du patient. »

L'acceptation de la maladie sera plus ou moins bonne suivant la motivation du patient, une condition essentielle : sa possibilité d'apprentissage.

Le projet de vie, élaboré en commun, va permettre au patient de construire son avenir. Il aura aussi fallu tenir compte de l'expérience antérieure du malade et de ce qu'il sait déjà et adapter le message éducatif à sa structure mentale.

Ce recueil d'informations, cet échange constituent ce que le Professeur D'Ivernois appelle le diagnostic éducatif.

(Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999)

La communication magistrale d'un savoir : une efficacité bien illusoire.

Il faut faire rechercher au patient eux-mêmes et activement les informations. En élaborant des réponses conjointes, les patients développent leur capacité à s'entendre.

Une harmonie dans l'éducation thérapeutique des diabétiques entre les soignants - les patients - et le savoir.

Il est trop facile de dire « Faites comme je dis ».

Les patients ont un savoir, une expérience qui sont d'un autre ordre que ceux des soignants. C'est en cela que le partenariat peut être fructueux dans une démarche éducative.

Pourquoi ? L'éducation thérapeutique structurée est plus efficace que l'information seule.

Pour quels patients ? L'éducation thérapeutique doit être proposée à tous les diabétiques adultes, adolescents, enfants, en fonction du diagnostic éducatif et être renforcée lors du suivi. Par quels acteurs ? Les professionnels de santé.

Dans quel lieu ? L'éducation thérapeutique se propose en consultation, lors d'une hospitalisation, dans le cadre d'un centre spécifique ou d'un réseau de soins.

L'éducation vise à :

- l'acquisition des connaissances

- obtenir des modifications du comportement nécessitant une formation pédagogique des médecins, centrée sur l'écoute active des patients

Adolescence : période de mouvance, d'hésitations entre un statut d'enfant et celui à venir, d'adulte

Il faut passer du paternalisme à la co-décision ».

De quelle prévention s'agit-il?

primaire secondaire tertiaire

① Prévention primaire ou éducation pour la santé	▲ éviter qu'une population n'accumule des comportements à risque
	responsabiliser l'homme à toutes les étapes de sa vie
② Prévention secondaire	retarder l'apparition de la maladie compte tenu des facteurs existants
③ PREVENTION TERTIAIRE ou éducation	▲limiter les séquelles ▲éviter les complications

L'éducation du patient, des personnes ayant des pathologies chroniques se situe au niveau de la prévention tertiaire.

Pouvoir gérer :

à court terme : la gestion de sa maladie
à long terme : la gestion de sa santé

Changer la mentalité médecin/malade

	Dans la maladie aiguë	Dans la maladie chronique
Objectif	Guérison	Amélioration Prévention
Relation médecin/malade	Parent/enfant (on régresse dans l'approche de la mort)	Relation adulte/adulte
Malade	Passif	Actif
Compliance	Excellente	Mauvaise

Pour la maladie aiguë : médecine de crise diagnostique, médecine hospitalière Maladie chronique : médecine de suivi, d'accompagnement du patient, médecine ambulatoire

Caractéristiques de la maladie

A : visibles, extériorisées

C : silencieuses, cachées, de longue durée

La consultation

A : non planifiable, demande externe C : rendez-vous planifiés par le médecin

Eveil, concentration du médecin

A : liés à l'urgence, d'origine externe

C: liés à une motivation interne

Formation du médecin

A: excellente

C : bio-médicale : excellente ; psycho-sociale : faible ; pédagogie du patient : nulle

Affects du malade

A : pas d'états d'âme

C: s'investit pour un temps avec le malade

Rôle du patient

A : passif, doit se laisser faire C : doit participer à son traitement

Maladie

A : crise qui peut être « guérie »

C: maladie persistante à traiter chaque jour

Famille du patient diabétique

A: à informer

C : doit participer au suivi

Contrôle de la maladie

A : externe, géré par les soignants

C : interne, géré par le malade et sa famille

Tableau : Différences marquantes entre la maladie aiguë et la maladie chronique afin de mieux comprendre les spécificités entre ces processus thérapeutiques (Assal J.P., Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris, Thérapeutique 25-005-A-10, 1996 18 p)

Pourquoi des défauts de compliance des patients ?

Parce que l'apprentissage du patient est un processus unique, individuel, constructif et continu qui dépend en grande partie de ses connaissances antérieures (biblio).

Comme principale cause d'échec de la prise en charge : la non-compliance des patients à leur traitement prolongé qui est chiffrée entre 30 et 60%.

Intérêt d'une alliance négociée entre soignants et soignés DES CHIFFRES, ENCORE DES CHIFFRES MAIS SANS APPEL LA FRANCE AUJOURD'HUI

Xxxx

Type de diabète

Selon les données de la CNAMTS en 1999, 1 452 900 patients diabétiques sont traités par anti-diabétiques oraux en France.

Parmi eux, 40 % sont sous bi-thérapie ou plus (Ricordeau P., Weill A., Vallier N., Bourrel R. Fender P., Allemand H. – L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. Diabetes Metab. 2000 ; 26 (supp 6) : 11-24).

Par ailleurs, on estime que 5 à 10 % de ces patients diabétiques de type II deviennent chaque année insulino-requérants (Traitement médicamenteux du diabète de type II. Recommandations. Diabetes Metab. 1999 : 25 (supp 6) : 18-79).

Si on estime de 30 000 à 60 000 le nombre de patients diabétiques de type II chez qui l'installation d'un traitement par insuline s'avère indispensable, une participation active médecin spécialiste - médecin généraliste doit se mettre en place.

D'après la CNAMTS, seulement 6 % des diabétiques non insulino-traités avaient bénéficié d'au moins une consultation avec un endocrinologue libéral en 2000 (5,5 % en 1998). Ceci plaide en faveur de réseaux de prise en charge de diabétiques de type II.

DES CHIFFRES ENCORE Des chiffres

En France, la prévalence du diabète était de 1,3 % en 1980 et est de 3 % en 2000.

La gravité vient des complications.

Après dix ans d'évolution du diabète, la population de diabétiques de 64 ans présentée en France à hauteur de :

- 10 % une rétinopathie
- 10 % une néphropathie
- 20 % une coronaropathie

Le nombre de diabétiques en France et dans le monde que l'on peut parler d' « épidémie ».

Nous suivons mal les recommandations de l'ANAES formulées en 1998, en terme nutritionnel nous avons à faire des progrès.

Le volet alimentaire de la prévention

sont les pierres angulaires de notre action thérapeutique et préventive.

L'incitation à l'activité physique régulière

La population des plus de 60 ans représente actuellement (chiffres 2002) 19 % de la population recensée. Elle atteindra 25 % en 2025.

D'ici 2005, la population âgée de plus de 85 ans va doubler tandis que celle des 60-75 ans restera stable.

Le diabète de type II est une maladie évolutive avec majoration progressive du déficit insulino-sécrétoire (UK prospective diabetes study (UKPDS) Group UKPDS 16 : Overview of 6 years'therapy of type II diabetes : progressive disease. Diabetes 1995 ; 44 : 1249-1258)

Diagnostic du diabète

D'après l'étude DECODE, les critères diagnostiques du diabète utilisés en France sont ceux publiés par l'Association Américaine de Diabète en 1997 :

- . une glycémie plasmatique veineuse à jeun supérieure ou égale à 7,0 mmol/l (126 mg/dl),
- . une glycémie à 2 heures après une charge en glucose de 75 g per os supérieure ou égale à 11,1 mmol/l (200 mg/dl).

Si l'Association Américaine de Diabète a recommandé que l'hyperglycémie provoquée par voie orale ne soit plus utilisée, l'OMS et l'ALFEDIAM n'ont pas écarté cette épreuve.

Analysant l'effet de ces changements sur la prévalence du diabète et étudiant si le changement de seuil pour la glycémie à jeun était justifié en terme de mortalité quelle qu'en soit la cause, sur 30 000 sujets de 28 études européennes :

- la prévalence du diabète aboutit à un changement du taux si les critères retenus sont la glycémie à jeun et non la glycémie 2 heures post-charge
- la glycémie à jeun dépiste des sujets plus jeunes et plus obèses
- suivant le nouveau critère de glycémie à jeun la mortalité des sujets diabétiques est similaire par rapport à l'ancien critère de 140 mg/dl (7,8 mmol/l) justifiant ce changement de seuil.

(Balkan B. Diabetes metab. 200, 26 (4): 282-286 (Diabetes Epidemiology Collaborative Analysis of Diagnostic criterior in Europe)

XXXX

Le diabète, une maladie, une épidémie, longtemps silencieuse évoluant de façon chronique, enjeu de Santé Publique.

1,8 à 2 millions de diabétiques diagnostiqués 600 000 diabétiques qui s'ignorent

Le diabète de type 2 est redoutable. Le seul symptôme anormal au début est biologique : c'est l'élévation de la glycémie à jeun ????. En l'absence de symptômes, avant la découverte, une phase dite de début ou latente peut durer des années.

C'est l'absence de symptômes cliniques qui explique parfaitement le retard, voire l'absence de diagnostic et de traitement avant qu'une lésion grave due à la maladie ne vienne la révéler.

Selon la direction générale de la santé, de l'ensemble des diabètes, le diabète de type 2 représente 85 à 90 % ; soit une prévalence dans la population générale de 2,8 % Une prévalence du diabète de :

- . 1 % entre 35 et 45 ans
- . 3,5 % entre 45 et 55 ans
- . 6 % entre 55 et 65 ans
- . 9 % entre 65 et 75 ans

(Ricordeau P. et coll. L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. Diabetes Metab, 2000, 26 : 11 - 24

Dans le diabète de type 1, c'est en très peu de temps que le diagnostic est fait, le traitement entrepris. La gravité des symptômes et la gêne qu'il entraîne ne laisse pas le temps de le méconnaître, encore moins celui de le laisser évoluer à bas bruit pour conduire à des complications dites chroniques ou tardives de la maladie.

ET ALORS !:

Le diabète tue en France 27 000 personnes chaque année

Au moins 50 % des décès des patients diabétiques sont d'origine cardio-vasculaire (Passa P. Diabète de type 2. Le diabète une maladie fréquente et grave.Rev.Prat (med gen) 1999-13 (451): 345 - 346

Responsable de complications sévères

- première cause de cécité acquise et de troubles visuels chez l'adulte
- 150 000 diabétiques souffrent de troubles trophiques des pieds
- 8 500 patients amputés par an, première cause d'amputation non consécutive à un accident (Halimi S. Benhamoupy PY., Charras H.Le coût du pied diabétique. Diabetes and Metabolism. 1993, 19-518 522)
- une occupation de 6 % des lits d'hôpitaux pour des complications
- 10 % des patients hospitalisés en unité de Diabétologie ont des lésions des pieds
- un suivi ambulatoire de 25 000 patients pour des lésions des pieds
- pour 15 % une insuffisance rénale terminale nécessitant dialyses, première cause de dialyse rénale (Ministère délégué à la santé: Programme de prise en charge et de prévention du Diabète de type 2: 2002 2005) ??????
- une multiplication par 2 à 4 fois du risque de développer une maladie cardiovasculaire par rapport au sujet non diabétique(**Drouin P. et al. Diagnostic et** classification du diabète sucré. Les nouveaux critères. Diabetes and Metabolism, 1999, 25: 72-83
- 10 fois plus de risques d'accidents vasculaires cérébraux chez les diabétiques hypertendus que chez les diabétiques non hypertendus

UN COUT

4,9 milliards d'euros pour la prise en charge médicale annuelle

D'après le Haut Comité de Santé Publique, le coût de la prise en charge d'un diabète de type 2 est d'environ:

- .1770 euros par an en l'absence de complications
- .2046 euros par an s'il existe des complications micro-angiopathiques
- .5126 euros par an en cas de complications macro-vasculaires

Haut Comité de Santé Publique. Rapport du groupe de travail. Diabetes : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient, mai 1998 – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Paris 1998, pp : 1-62

MAIS ENCORE

Au diagnostic, 50 % des patients sont déjà atteints de complication micro ou macro-vasculaire(UKPDS 34 1998)

20 % des patients sont dépistés lors de la survenue de complications

Plus de 80 % des diabétiques ne suivent pas le régime équilibré, recommandé pour les nondiabétiques

L'observance thérapeutique : discipline dans le suivi des soins ne dépasse pas 50 %. 50 % des diabétiques oublient de prendre leurs comprimés au moins deux fois par semaine Plus de 50 % des diabétiques de type 2 ne connaissent pas le nom de leurs médicaments Plus de 70 % des diabétiques de type 2 ne connaissent pas les indications des diverses prescriptions

25 % des diabétiques continuent de fumer.

L'amélioration du traitement du diabète implique des coûts et dépenses de santé supplémentaires. L'analyse indique qu'une diminution durable du taux d'HbA1C chez les adultes diabétiques (étude de 1992 à 1997 dans une organisation de santé de la région occidentale de l'Etat de Washington) permet d'importantes économies dans un délai de 1 à 2 ans après l'amélioration de l'équilibre glycémique (pour ce qui est des consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes) : Wagner E.H., Sandhu N., Newton K.M., Mculloch D.K., Ramsey S.C., Grothaus L.C. 2001 Effect of improved glycemic control on health care cost and utilization. Jama, 285 (2), 182-189.

ALORS L'AVENIR

Les nourritures abondantes et agréables, de moins en moins d'exercice physique vont majorer les chiffres.

Les prévisions des épidémiologistes sont préoccupantes, en raison d'une croissance démographique du diabète (surtout de type 2)

Quelles en sont les causes ?

- les changements des critères diagnostiques du diabète depuis 1997 : une valeur de glycémie retrouvée au moins 2 fois > ???1,26 g/l recommandée par l'association américaine du diabète puis adoptée par l'OMS, l'ALFEDIAM
- la progression de la sédentarisation
- l'allongement de l'espérance de vie, le vieillissement de la population
- l'augmentation démographique des enfants nés dans la période après-guerre
- l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'enfant (une prévalence de 10 % chez l'adulte 12 % chez l'enfant de moins de 12 ans)

- une lacune éducative...

En effet, la santé d'une population ne dépend que partiellement de son système de santé.

Dans les pays occidentaux - le système de soins contribuerait pour 11 % à la réduction de la mortalité de la population,

- l'hérédité y concourrait pour 27 %
- le mode de vie pour 43 %
- et l'environnement pour 19 %.

C'est pourquoi les modes de vie et les comportements sont l'objet central de l'éducation pour la santé (Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc. Ind. Res. 1976; 2:461-70)

ET DANS LE MONDE

Une nombre de diabétiques de 135 millions en 1995, de 155 millions en 2000 Pour 2025, une prévision de 300 millions de diabétiques

King H and al.1998. Global burden of diabètes, numéral estimates, and projection. Diabetes Care, 1998,21 (9): 1414 - 1431

POURTANT

Toute diminution de 1 % de l'hémoglobine glyquée diminue d'environ 20 % la fréquence des complications.

Des diabétiques n'auront rien et seront de plus en plus nombreux L'éducation

La stratégie d'éducation interactive est associée à une amélioration de la santé des patients diabétiques. (Schillinger D. et al. Arch. Intern. Med. 2003, 163 : 83-90)

Quels peuvent être les obstacles dans l'éducation diabétique, dans la transmission des connaissances et leur utilisation. Quelles sont les barrières entre le « savoir » et le « devoir faire » et le « faire » ?

Les barrières à l'adaptation de nouveau comportement sont :

des facteurs personnels :

- .croyances de santé
- . idées fausses sur le diabète
- .facteurs familiaux ou culturels comme alimentaires
- . le diabète : une particularité biologique
 - une non-maladie
- un frein du vécu psychologique

des facteurs d'environnement :

- . la famille
- . les amis
- . d'autres personnes, ayant un diabète
- .des soignants

des facteurs sociologiques :

- . un accès restreint aux soins ou à la connaissance
- . une non connaissance des possibilités d'information

QUESTIONNAIRE

Pour mieux cerner les patients diabétiques, ce travail de fin de formation IPCEM a cherché à mesurer :

- leur qualité de vie
- le retentissement du diabète sur leur vie quotidienne : l'autonomie du patient les relations avec les autres le diabète et le monde du travail
- leurs difficultés effectives rencontrées dans leur traitement et régime : auto-surveillance
 astreintes du matériel hypoglycémies)
- leur connaissance de leur maladie et des autres facteurs de risque cardio-vasculaires
- leurs besoins éducatifs
- leur satisfaction quant à la prise en charge soignante actuelle.

Nantis des priorités éducatives pour le patient, de notre idéal..., nous chercherons alors à orienter nos séances de formation avec pertinence.

Méthodologie : qui ? combien étaient-ils ?

Des patients hospitalisés dans le Service ont été invités à répondre à un questionnaire selon les pré-requis suivants :

- être diabétique ou avoir un diabète
- quelque soit le motif d'hospitalisation
- quelque soit le cours évolutif de la maladie
- sans distinction d'âge et de sexe
- mais dans le respect de leurs état de santé physique et morale (souffrance faiblesse générale)

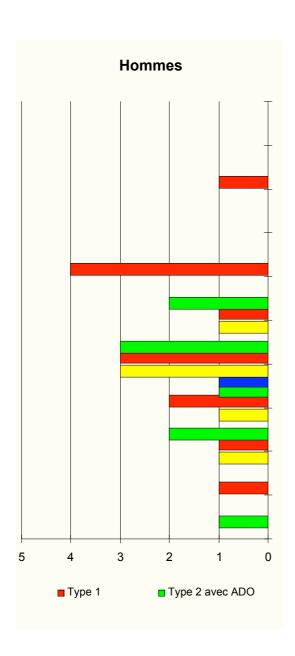
Ce questionnaire anonyme repose sur une batterie de questions fermées, moins souvent ouvertes.

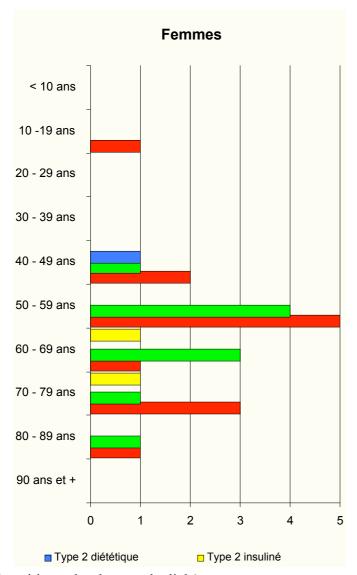
L'enquête se déroule entre le 17/11/2003 et le 20/12/2003, soit un total de 57 patients sollicités, pour un retour de 55 questionnaires, soit un taux de retour de 96,5 %.

La population étudiée Oui ils sont ? - 55 patients

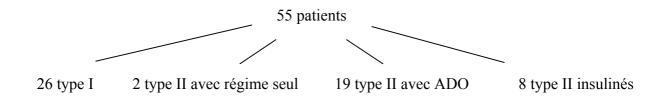
- 55 patients
- sexe ratio: 1,2: 30 hommes / 25 femmes
- les âges moyens:

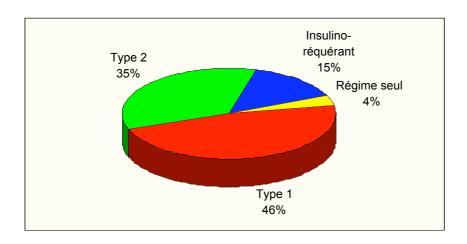
1'âge moyen femmes: 60,5 ans
1'âge moyen hommes: 58,2 ans
les extrêmes femmes: 14 ans – 83 ans
les extrêmes hommes: 16 ans – 93 ans





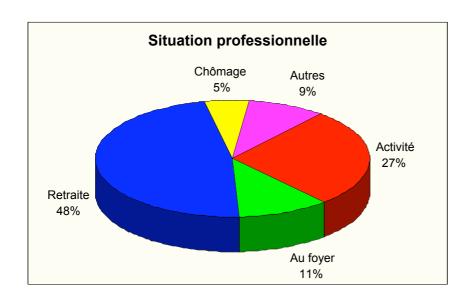
Répartition selon le type de diabète





Ils ne vivent pas seuls pour 78 % - 22 % vivent seuls.

Seuls 27 % ont une activité professionnelle, il s'agit principalement de retraités (tableau 2)



Sédentaires pour 67 %; actifs, ils sont 33 %.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Une étude américaine Nurses'Health Study portant sur des infirmières américaines de 40 à 65 ans, indemnes à l'inclusion de diabète de typ 2, suivies pendant 8 ans retrouvent 1419 cas de diabète de type 2 diagnostiqués durant les 8 ans de suivi.

En considérant l'activité physique totale, le risque relatif de diabète diminue progressivement avec l'augmentation du score d'activité physique, (il ne s'agissait que de la marche).

Une augmentation du niveau habituel d'activité physique est donc associée à une diminution importante du risque de diabète de type 2 (Hu F.B., Sigal R.J., Rich-Edwards J.W., Colditz G.A., Solomon C.G., Willett W.C., Speizer F.E., Manson J.E., Walking compared with vigorous physical activity and risk on type 2 diabetes in women: prospective study. Jama 1999; 282: 1433-9)

L'évaluation du niveau habituel d'activité physique est aisée par un interrogatoire de quelques minutes où seront précisées :

- le type d'activité professionnelle du patient en termes de dépense physique
- le type d'activité de loisirs et de sport pratiqué actuellement et antérieurement
- l'intensité de l'effort physique : faible modérée élevée
- la durée de chaque activité
- la fréquence au cours de l'année écoulée
- le nombre d'heures quotidiennes de télévision, vidéo ou ordinateur
- le nombre d'heures par jour en position assise, au travail
- le mode de transport utilisé habituellement

(Oppert J.M.: Mesure des dépenses énergétiques et de l'activité physique. In : Traité de nutrition clinique Basedevant A., Laville M., Lerebours E., Editions Paris Flammarion Médecine-Sciences 2001)

La France se classe 9^{ème} au sein de l'Europe des Quinze en termes d'activité physique avec 68,5 % de sédentaires contre 43,3 % chez les numéro 1 : les Suédois (biblio).

L'activité physique fait partie intégrante du traitement, malheureusement souvent négligée.

Elle améliore les anomalies du syndrome pluri-métabolique : augmentation de la sensibilité à l'insuline, diminution de la masse grasse, modification du profil lipidique dans un sens moins athérogène, augmentation de la fibrinolyse, diminution de la pression artérielle.

Sa place est double :

- elle permet de montrer de manière didactique à un patient l'impact de l'activité musculaire sur la glycémie
- elle permet de vérifier que l'adaptation des doses d'hypoglycémiants oraux (sulfamides et glinides) a été adéquate (Gauthier J.F., Schreen A., Lefebvre P.J., 1995, Exercises in the managment of non-insulin dependent type 2 diabetes mellitus. Int. J. Obesity 19: S 58 S 61) (Devlin J.T., Hirschmann, Horton E.D., Horton E.S., 1987, Enhanced peripheral and splanchic insulin sensitivity in NIDDM men after single bout of exercise. Diabetes 36-434-439).

ACTIVITE PHYSIQUE

En matière d'activité physique, il faut distinguer les deux types de diabète :

- au cours du diabète de type I, l'activité physique est source d'instabilité glycémique car elle peut à l'origine d'une hypoglycémie ou d'une aggravation de l'hyperglycémie, voire de l'apparition d'une cétose lorsque le diabète est mal équilibré (Horton E.S. 1988 Role et management of exercise in diabetes mellitus. Diabetes care 11 : 201-211).

Les patients qui commencent l'activité musculaire avec une glycémie élevée et une cétonurie aggravent le déséquilibre du diabète pendant l'effort (Berger M. et al. 1977 Metabolic and hormonal effects of muscular exercise in juvenile type diabetics – Diabetologia 13 : 355-365)

Chez les diabétiques de type I jeunes, souvent physiquement actifs, participant à des activités récréatives et sportives, le diagnostic ne doit pas être une entrave à la poursuite d'activité physique en raison de leurs bénéfices physiques et psychologiques, la prévention de risques métaboliques reposant sur :

- un bon équilibre glycémique de base
- une diminution des doses d'insuline avant et au décours de l'activité physique et/ou l'ingestion de glucides avant, pendant et après l'exercice musculaire. L'autosurveillance glycémique est capitale pour savoir les adaptations thérapeutique et diététique ont été adéquates ou inadéquates.
- une adaptation des doses d'insuline et une adaptation de la diététique au cours et au décours de l'activité musculaire a fait l'objet de recommandations de l'ALPFEDIAM (Gautier J.F., Berne C., Grimm J.J., Lobel B., Coliche V., Mollet E. 1998 -Recommandations de l'ALPFEDIAM, activité physique et diabète. Diabetes metab. 24: 281-290)

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Dans le diabète de type 2

Elle améliore les anomalies du syndrome pluri-métabolique : augmentation de la sensibilité à l'insuline, diminution de la masse grasse, modification du profil lipidique dans un sens moins athérogène, augmentation de la fibrinolyse, diminution de la pression artérielle.

Sa place est double:

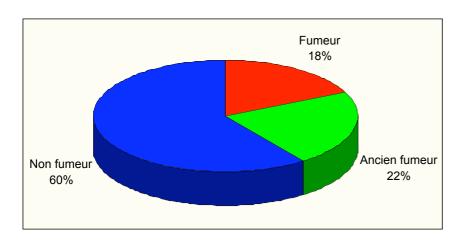
- elle permet de montrer de manière didactique à un patient l'impact de l'activité musculaire sur la glycémie
- elle permet de vérifier que l'adaptation des doses d'hypoglycémiants oraux (sulfamides et glinides) a été adéquate (Gauthier J.F., Schreen A., Lefebvre P.J., 1995, Exercises in the managment of non-insulin dependent type 2 diabetes mellitus. Int. J. Obesity 19: S 58 S 61) (Devlin J.T., Hirschmann, Horton E.D., Horton E.S., 1987, Enhanced peripheral and splanchic insulin sensitivity in NIDDM men after single bout of exercise. Diabetes 36-434-439).

Quelques sports et les problèmes qu'ils posent aux diabétiques de type 1 Tableau à insérer

A l'égard du tabac, ils sont :

- 60 % non fumeurs
- 22 % anciens fumeurs
- 18 % fumeurs

(tableau 3)



LE TABAC

Des études épidémiologiques sur le tabac ont montré que, sur le risque cardio-vasculaire, il y a peu de différence entre 1 à 10 cigarettes par jour et 11 à 20 cigarettes par jour.

Le tabac est responsable de 60 000 décès directs en France toutes causes confondues.

L'association diabète et tabac constitue un cocktail détonant, facteurs de risque synergiques de développement de l'athérosclérose

Le tabac a un rôle dans la survenue et l'aggravation de la micro-angiopathie rénale du diabète de type 2.

Les femmes fument de plus en plus.

Alors: « Il faut s'arrêter de fumer ? » « Fumer nuit gravement à la santé ? »

« Fumer tue »

« Un fumeur sur deux meurt des conséquences du tabac! »

Arrêtons de prédire la mort à brève échéance mais proposons de l'aide.

Même si 27 % des cardiologues fument dont 14 % régulièrement, il faut aborder le problème du tabac avec les patients, les encourager à un sevrage (AFSSaPS - 12/1999).

Il faut en parler sans jugement, sans faire peur, sans adopter d'attitude moralisatrice.

Faire germer l'idée d'un arrêt, fournir une documentation, proposer des moyens d'aide à la désaccoutumance (patchs, gomme à mâcher à la nicotine), diriger le patient vers une consultation anti-tabac.

Le montre, une étude d'intervention visant l'arrêt du tabac chez des diabétiques : un essai clinique contrôlé et randomisé dans 12 centres de soins primaires et 2 hôpitaux de Navarre (Espagne) incluant 280 diabétiques fumeurs de 17 à 84 ans.

Une intervention structurée assurée par une infirmière modifie efficacement le comportement des diabétiques.

Pour les groupe-témoin – groupe-intervention : entretiens de 40 minutes avec une infirmière donnant des conseils, éduquant les patients, négociant avec eux une date d'arrêt, suivis par des appels téléphoniques, des lettres, des visites, par l'évaluation à 6 mois

- du tabagisme (si arrêt dosage de la concentration urinaire de nicotine)
- du nombre moyen de cigarettes fumées
- du stade de la modification du tabagisme

l'étude constate un arrêt dans 17 % du groupe-intervention

2,3 % du groupe-témoin.

Concernant le nombre moyen de cigarettes fumées, il est réduit, passe de : 20 cig/j à 15,5 cig/j dans le groupe-intervention, 19,7 cig/j à 18,1 cig/j dans le groupe-témoin.

Canga N., De Irala J., Vara E., Duaso M.J., Ferrer D., Martinez-Gonzalez M.A.: Diabetes care 2000, 23 (10) 1455-1460: Intervention study for smoking cessation in diabetic patients. A randomized controlled trial in both clinical primary care settings

Quelques outils

Le test de dépendance à la nicotine d'après Fagerstrom +++++++ à coller ++++++ sous-rubrique HbA1C

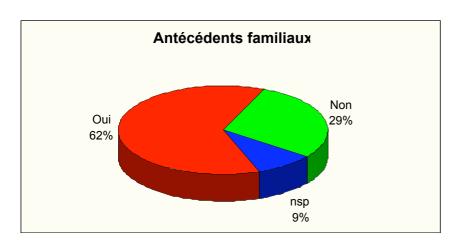
Tableau 1 : Test d'évaluation de la motivation (Richmond R.L. - Addiction 1993 ; 88 : 1127-1135

Tableau 2 : Test d'évaluation de la motivation (Richmond R.L. - Addiction 1993 ; 88 : 1127-1135)

La prise en charge comportementale et psychologique (cf annexe 2 : le score total de 0 à 20 points) est une donnée prédictive de la possibité du sevrage.

Dupont P. Des facteurs négatifs à l'arrêt du tabagisme à propos des maladies chroniques. Diabète éducation volume 8 n°2 1998, p 11-13

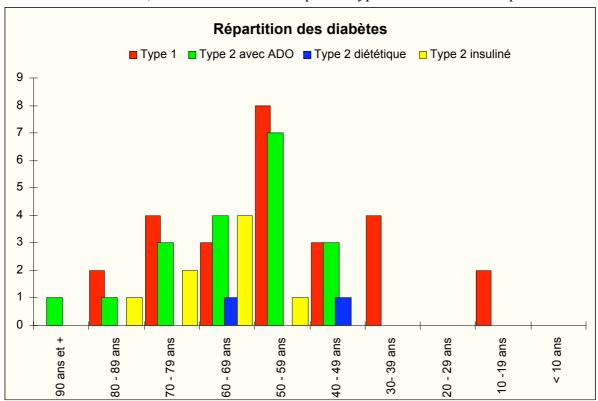
Des antécédents familiaux de diabète sont retrouvés chez 62 % des patients - ils ne savent pas pour 9 %. (tableau 4)



Répartition des diabètes tous sexes confondus, par tranche d'âge de dix ans, s'établit selon l'histogramme ci-dessous :

- la tranche d'âge entre 50 et 59 ans est celle qui est la plus représentée quant au diabète de type I et de type II avec anti-diabétiques oraux
- avant 40 ans, les patients sont insulino-dépendants
- les sujets de type II insulinés ont 50 ans et plus

- au-delà de 70 ans, on constate des diabétiques de type II sous anti-diabétiques oraux



Ils sont:

- 46 % type I
- 35 % type II
- 15 % type II avec ADO
- 4 % sous régime seul

tableau 5

La répartition selon les sexes s'établit comme suit :

Graphe à déplacer homme femme problématique

Tableau 6 - tableau 7

Quant à l'ancienneté de leur diabète, il évolue pour :

- 41 % moins de 10 années
- 28 % entre 10 à 20 années
- 20 % depuis 20 à 30 ans
- 7 % ont un diabète qui évolue depuis plus de 30 ans

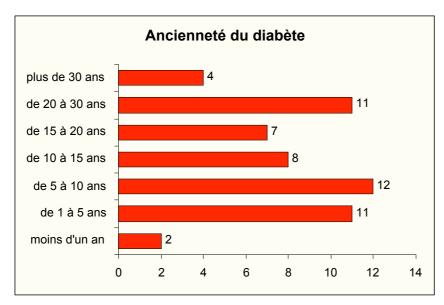


tableau 8

Le motif d'hospitalisation est :

- le diabète et son équilibre pour 76 %
- une ou des complication(s) du diabète 20 %

Le motif est autre pour 4 %.

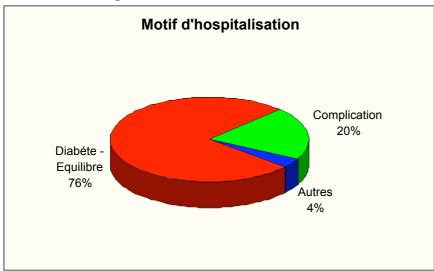


Tableau 9

L'hospitalisation résulte d'un avis ou conseil médical pour la plupart (62 %). La démarche est volontaire pour 31 % et conseillée par famille et amis pour 7 %.

51 % des patients n'ont pas été hospitalisés durant le semestre écoulé quelle que soit l'unité. Pour ceux hospitalisés, ils l'ont été pour :

- 49 % : 1 fois

- 41 % : 2 fois

- 10 % : 3 fois

Les diabétiques ont des complications pour 63 %.

30 % n'ont pas de complications tandis que 7 % ne se prononcent pas.



La répartition des complications retrouve dans l'ordre décroissant :

- l'œil
- le cœur
- la sexualité
- les nerfs et muscles, comme les artères
- le rein
- 3 % de non réponses

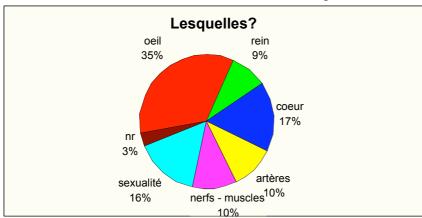
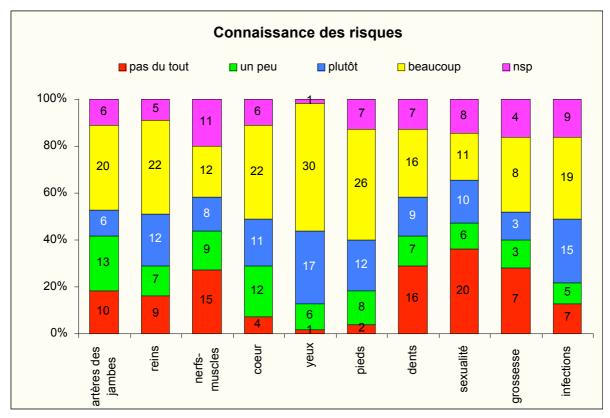


schéma 11

La connaissance des risques s'établit comme suit : Tableau 12



Par ordre décroissant :

- les connaissances (plutôt beaucoup) montrent :
 - les yeux : 85 %
 - les pieds : 69 %
 - 62 %: les reins et les infections
 - 47 % : les artères des jambes
 - 39 % : la sexualité
 - 20 % n'ont pas répondu concernant la neuropathie
 - ils ont un peu ou pas du tout de connaissances pour 44 %
 - 44 % des femmes sont informées quant aux risques pour une grossesse
 - 42 % ne connaissent pas les risques dentaires

L'HYGIENE DENTAIRE ET LE DIABETE

Il existe un risque pour les dents, les gencives chez la plupart des sujets, mais les dents, les gencives du diabétique risquent plus.

Le patient diabétique doit porter une attention particulière à l'efficacité de son hygiène buccodentaire (revue Equilibre : Prendre soin de ses dents Attuil A. Paris p 9-13 année ?).

Des conseils:

- -Des brossage et rinçage des dents après chaque repas, ainsi que des prothèses dentaires
- -Une brosse à dents personnelle souple, changée une fois par mois
- Un dentifrice
- des cure-dents en bois et non en plume d'oie

Des signes d'alerte des dents et gencives :

- des gencives rouges et enflées
- des gencives qui saignent, se rétractent, sont sensibles au chaud et au froid
- une sensation d'irritation avec chaleur
- des dents qui bougent

CONNAISSANCE DES RISQUES LE DIABETE ET UNE GROSSESSE

Une grossesse chez une femme diabétique est une grossesse qui va impliquer une surveillance médico-obstétricale accrue.

Dans l'objectif d'éviter des complications materno-fœtales liées au diabète, ce dernier commun aux diabétologues et gynécologues, l'éducation aura pour but une stricte normo-glycémie s'adressant :

- aux femmes dont le diabète insulino-dépendant est connu avant la grossesse
- aux femmes dont le diabète est découvert durant la grossesse (diabète gestationnel)

LES COMPLICATIONS

Chez les diabétiques de type 1, le **DCCT** montre une diminution de :

- 75 % du risque d'évolution de la rétinopathie diabétique
- 68 % du risque d'apparition de formes sévères,

lorsque l'HbA1C passe de 9 + 1,2 % dans le groupe conventionnel à 7,3 + 0,9 % dans le groupe intensif.

Multicentrique, randomisée et prospective, l'UKPDS a inclus et suivi durant quinze ans des diabétiques de type 2 nouvellement diagnostiqués.

Le résultat de ce travail confirme l'intérêt de normaliser tant la glycémie que la pression sanguine artérielle et de manière précoce.

Le risque relatif de survenue ou d'évolution de la rétinopathie diabétique double lorsque l'HbA1C dépasse 7,4 %.

De la même manière, l'incidence de la rétinopathie diabétique double lorsque la pression sanguine artérielle systolique dépasse 140 mmHg.

(Stratton I.M., Kohner E.M., Aldington S.J., Turner R.C., Holman R.R., Manley S.E., Matthews D.R. for the UKPDS group. UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in type 2 diabetes over 6 years of diagnosis. Diabetologia, février 2001; 44: 156-163)

UKPDS

UKPDS United Kingdom prospective diabetes study

(Turner R.C. – The UK prospective diabetes study. Review. Diabetes care 1998; 21 suppl. 3, C 35-8)

Les conclusions principales de l'UKPDS sont :

- Un défaut d'insulino-sécrétion concerne chaque diabétique de type II ; il apparaît très tôt dans l'histoire

- de la maladie et s'accentue avec le temps (la perte du 1^{er} pic d'insulino-sécrétion constitue la première anomalie mesurable) ; ses conséquences sont multiples.
- Quoique le diagnostic ait été établi selon les nouveaux critères, 10 à 20 % des patients sont d'emblée porteurs de complications.
- Le contrôle glycémique obtenu par une prise en charge renforcée permet de prévenir ou de réduire les complications micro-vasculaires liées au diabète : ainsi, un gain de 1 % d'HbA1C sur une médiane de 8 à 10 années permet une baisse de 25 % de complications en moyenne, en somme une diminution parfois jugée modeste par les soignants offre en réalité un bénéfice significatif pour les patients.
- Chez les diabétiques en surpoids ou obèses, la METFORMINE offre une approche thérapeutique particulièrement efficace pour réduire les complications micro et macro-vasculaires liées au diabète. Son adjonction au traitement d'un grand nombre de diabétiques est souhaitable.
- Néanmoins, l'ensemble des patients diabétiques voit leurs contrôles glycémiques se détériorer avec le temps, quel que soit le traitement utilisé, ceci conduisant à abandonner tôt la monothérapie pour des situations de plusieurs anti-diabétiques oraux d'action complémentaire, voire plus tard en association avec l'insulino-thérapie.
- Enfin, de nombreux diabétiques de type II (supérieurs à 50 %) sont presque tous un jour porteurs d'une hypertension artérielle et d'une dyslipidémie dont le traitement rigoureux et précoce est indispensable et très efficace dans la prévention et la réduction de l'ensemble des complications liées au diabète.
- C'est ainsi que les recommandations de traitement des diabétiques de type II ont été énoncées par l'ANES avec, pour objectif, une hémoglobine A1C inférieure à 6,5 %, une nécessité de discuter le traitement entre 6,5 % et 8 % et un traitement à reconsidérer systématiquement au-delà de 8 %.

Concernant l'observance thérapeutique, 76 % disent ne jamais oublier leur traitement.

15 % l'oublient parfois, plus volontiers chez les diabétiques de type II.

Les oublis sont équivalents chez les patients traités par insuline et chez les patients sous traitement oral, évalués à 6 %.

6 % des patients ne répondent pas. ?????????? Voir total du 100 %

OUBLIS DU TRAITEMENT OUBLIS TRAITEMENT

Le soignant est facilitateur de l'appropriation de la thérapeutique par le patient.

Environ 4000 études internationales montrent que l'observance thérapeutique, c'est-à-dire le suivi scrupuleux de la prescription médicale, n'est que de 50 % et qu'elle varie de 33 à 78 % selon les pathologies et les traitements.

Aujourd'hui, 20 % des soins sont des soins pour des patients présentant une infection aiguë résolutive, près de 80 % des demandes de soins sont relatives à des maladies chroniques. La prise en charge des maladies chroniques exige une telle permanence de prestations et d'attentions qu'inévitablement est sollicitée la participation à ses propres soins.

(Deccach E.A. « Une approche multi-dimensionnelle de l'adhésion au traitement : un exemple en maladie chronique » Bulletin d'éducation du patient mars 1993 volume 12 n°1)

Quelques exemples de facteurs à prendre en compte chez le patient dans son éducation thérapeutique

Observance thérapeutique

Interviennent:

- l'âge
- le nombre et la sévérité des complications
- les diff facteurs non modifiables

mais d'autres peuvent être corrigés :

- la poly-médicamentation
- la multiplicité des prises médicamenteuses

Oubli traitement

Cf test d'évaluation de l'observance

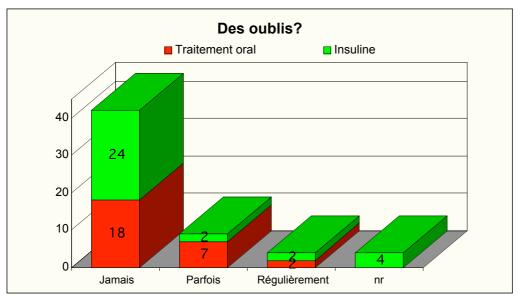
Girerd X. et coll. – Evaluation du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Press. Med. 2001 ; 30 : 1044-1048

Le meilleur médicament étant celui qui sera pris par le patient, il faut d'emblée évoquer les effets secondaires en les pondérant (les notices exhaustives inquiètent les patients).

La première monothérapie est le bouc émissaire de tous les effets secondaires, liés au diagnostic et la prise de médicaments : 6 à 7 mois sont nécessaires au patient pour faire le deuil de sa bonne santé et accepter son statut de malade.

D'après l'étude d'observation Océane, pour améliorer l'observance, il faut réfléchir à la possibilité de donner tous les médicaments le matin, en particulier chez les patients actifs.

L'observance n'est pas qu'une simple question de volonté du patient. Elle dépend aussi d'un savoir-faire, d'un savoir-être du médecin qui ne lui ont pas été enseignés.



Quant à l'autonomie des patients pour leurs injections insuliniques :

Ils gèrent seuls leurs piqûres pour 73 %, donc autonomes, dont 3 % avec une participation de l'entourage.

18 % dépendent d'une infirmière à domicile.

6 % dépendent de leur entourage qui, seul, maîtrise la pratique de l'injection.

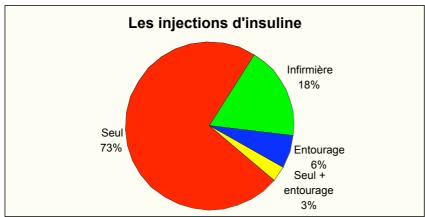
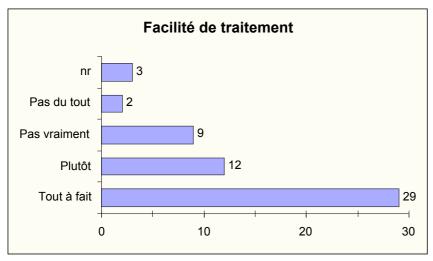


Tableau : oubli des médicaments

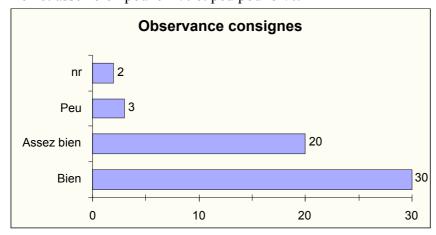
Ils jugent leur traitement facile pour 75 %.

Le traitement n'est pas vraiment facile pour 16 %, voire pas du tout pour 4 %.

5 % des patients n'ont pas répondu.



Nos consignes sont généralement bien suivies d'après eux. Bien et assez bien pour 91 % et peu pour 5 %.



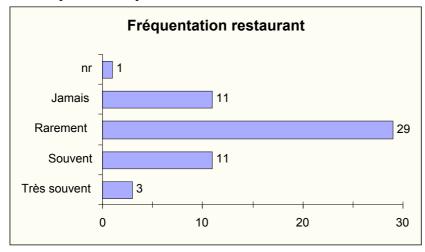
Tableau

Concernant leur fréquentation des restaurants :

Probablement infime participation dans l'évaluation de leur autonomie, de leur liberté pour un panel relativement âgé, la fréquentation est de 53 % rarement.

Souvent et jamais rapportent chacun 20 % des réponses.

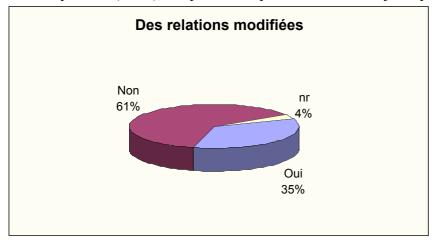
5 % des patients fréquentent très souvent les restaurants.

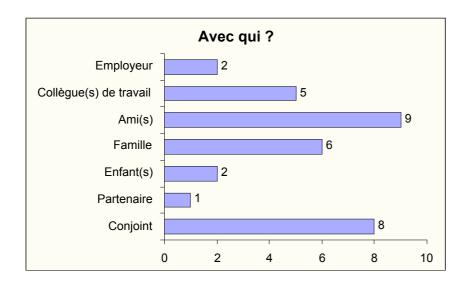


Schéma

Leurs relations aux autres

Le diabète a conduit à une modification de leurs relations aux autres pour pratiquement un tiers des patients (35 %), à répartition équivalente entre conjoint-partenaire et amis.

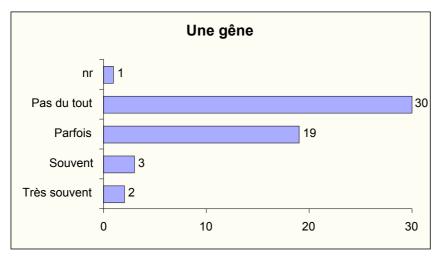




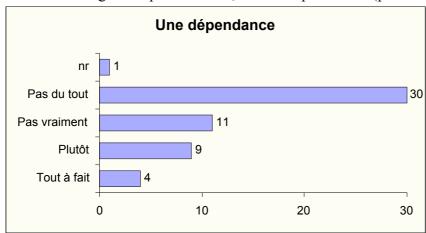
Ces patients « vivent bien » leur maladie, ne ressentent pas de gêne pour 54 %. Mais elle est présente parfois pour 35 %.

9 % des patients se disent très souvent et souvent gênés.

Il y a 2 % de non-réponses.

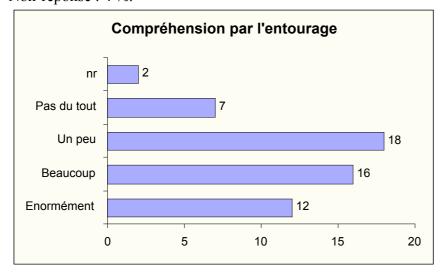


A l'égard de leur entourage, ils ne ressentent pas de dépendance pour 55 %. Si 20 % n'en signalent pas vraiment, elle se lit pour 23 % (plutôt – tout à fait).



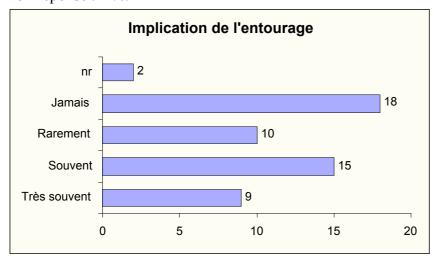
Tableau

Les patients se sentent compris par l'entourage pour 51 % (énormément – beaucoup). Un peu seulement pour 32 % mais pas du tout par 13 %. Non-réponse : 4 %.



Pourtant, l'entourage s'implique pour 45 % souvent et très souvent, rarement pour 19 %. 32 % ne signalent jamais d'implication de l'entourage.

Non-réponse : 4 %.

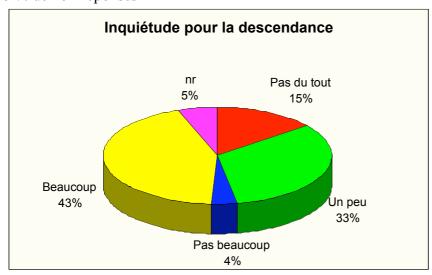


Leurs inquiétudes pour la descendance est forte, évaluée beaucoup pour 43 % des patients interrogés. Quand nous connaissons la part des facteurs environnementaux (hygiène alimentaire, activité physique), il y a un fort travail de prévention à faire. Nous ne devons pas faire de nos enfants les obèses de demain, sédentaires, téléphages.

33 % s'inquiètent un peu pour la descendance.

15 % n'a pas d'inquiétudes.

5 % de non-réponses



Risques pour la descendance : non négligeables, mais modifiables :

Le plus souvent, on retrouve 1 fois sur 3 des antécédents de diabète chez les parents ou grands-parents.

32 % de la population a une susceptibilité héréditaire au diabète.

La maladie n'en touche que 2 %, donc qui dit héréditaire ne dit donc pas inéluctable

Pour la détection précoce du diabétique de type 1, aucune prévention n'est possible à ce jour. Si nos deux parents sont diabétiques de type 1, nos probabilités de le devenir sont de pratiquement 100 % de même si l'un de nos parents est diabétique, il y a 50 % de risques qu'un jour, entre 45 et 75 ans, notre enfant devienne diabétique.

Si nous sommes tous deux diabétiques, il y a 100 % de risques que notre enfant devienne diabétique.

Pour le diabète de type 2, la prédisposition génétique est importante, un dépistage précoce est possible à un stade asymptomatique et surtout chez les sujets héréditairement très exposés :

- le jumeau d'un diabétique
- le descendant de 2 parents diabétiques (un risque de 50 % il est de 30 % quand un seul parent est diabétique)
- le sujet dont un parent est diabétique et dont l'autre parent a un diabétique dans ses collatéraux
- chez les obèses (surtout à répartition androïde)
 - 80 % des diabétiques de type 2 sont ou ont été obèses
 - 30 % des obèses de plus de 40 ans sont diabétiques

Sont également des facteurs prédictifs de diabète de type 2 :

- un bébé de poids de naissance supérieur à > 4 kg
- à un moment donné dans l'existence, une glycémie supérieure ou égale à 2 g/l
- un antécédent d'avortement spontané, de mort in utero
- un enfant atteint d'une malformation congénitale
- une glycosurie pendant une grossesse

Pour un couple de jumeaux vrais :

- . quand un des deux jumeaux est diabétique de type 2, l'autre l'est ou le deviendra dans pratiquement 100 % des cas
- . s'il s'agit d'un diabète de type 1, l'autre ne le deviendra qu'1 fois sur 2.

Les **mesures préventives** .au développement d'un diabète de type 2 sont :

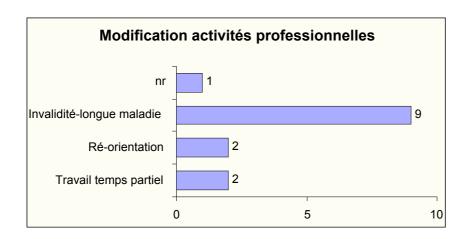
- lutter contre le développement de l'obésité dans les familles exposées grâce à une information et dès l'enfance.
 - . éviter la prise de poids
 - . et favoriser l'activité physique régulière.

Fréquence estimée du diabète de type 1 et de type 2 dans la population générale et parmi les apparentés des diabétiques (revue Equilibre : Le conseil génétique dans le diabète Deschamps I. Hôpital des Enfants Malades et INSERM Unité 30, Paris année ?).

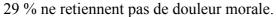
Tableau à insérer

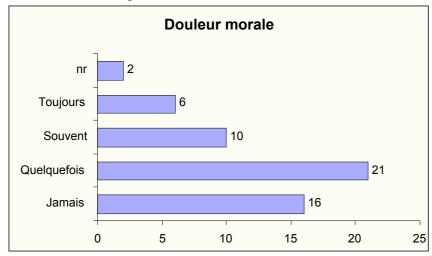
Les modifications d'activité professionnelle en relation avec le diabète retenues pour 25 % des patients : il s'agit d'une mise en invalidité ou longue maladie pour 65 %, les autres réponses se répartissant entre un travail à temps partiel et une réorientation professionnelle, l'un et l'autre autour de 14 %.

7 % ne répondent pas.



Concernant le vécu de leur diabète, ils souffrent de quelquefois, souvent et toujours pour respectivement pour 38 % - 18 % - 11 %.





Accepter le handicap de sa maladie n'est pas évident, particulièrement pour les maladies qui ne guériront pas.

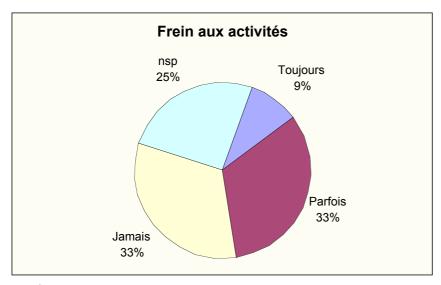
Accepter sa maladie est un processus complexe, bilan de maturation psychologique. Ce processus de deuil d'un état de santé antérieur décrit, entre autres, par Kübler-Ross E. chez les personnes en fin de vie, est un processus qui s'applique aussi aux patients diabétiques.

Accepter la maladie, c'est réorganiser sa vie en tenant compte de son handicap personnel. Ce processus de maturation psychologique prend du temps. Chaque individu, indépendamment de son statut social et professionnel, passe par certaines phases intermédiaires avant d'accéder au stade d'acceptation du handicap. (Lacroix A., Kaufmann C., Gfeller R., Assal J.P. Un entretien de groupe avec des patients centré sur la dimension subjective de leur maladie, le diabète sucré. Intérêts et difficultés de cette approche pour les patients et pour les soignants. Psychol. Méd. 1987, 19: 2555-2560)

Le diabète constitue un frein aux activités de loisirs ou physiques : pour 33 %, parfois et jamais.

9 % signalent toujours un frein.

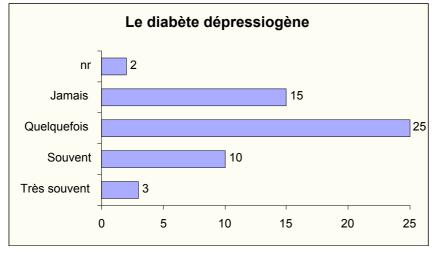
A noter d'un taux de non-réponses de 25 % (probablement lié à l'âge moyen de l'échantillon).



Dessin

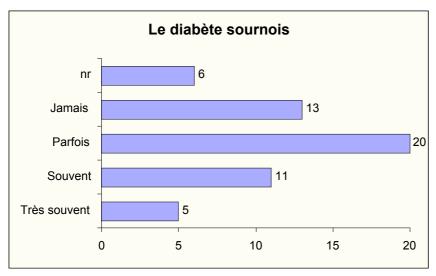
Les patients se sentent déprimés par le diabète.

Quelquefois pour 46 %, jamais pour 27 % mais souvent et très souvent pour 23 %.

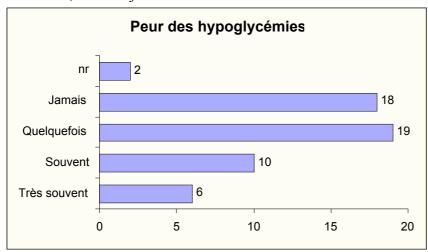


Dessin

Le diabète trompe, est sournois : parfois pour 36 %, souvent et très souvent respectivement 20 % - 9 %. Jamais pour 24 %.



Ils craignent les hypoglycémies : quelquefois (34 %) – souvent (18 %) – très souvent (11 %). Pour 33 %, ce n'est jamais une crainte.



Craintes des hypoglycémies

Sever hypoglycemia in children with IDDM. Prospective population study 1992-1994. Diabetes care 1997, 20 (4) - 497 -503

Dans une population d'enfants atteints de diabète de type 1 avec des taux annuels moyens d'HbA1C assez faibles (6,9 % \pm 1,3 %), des injections pluri-quotidiennes (pour 90 % d'entre eux, 4 injections d'insuline par jour) induisent une légère augmentation des hypoglycémies sévères sans perte de connaissance mais requérant l'intervention d'un tiers, mais pas d'augmentation des hypoglycémies sévères avec perte de connaissance.

Cette étude retient comme intervenant :

- un traitement par injections pluri-quotidiennes d'insuline
- un auto-contrôle approprié
- un soutien psycho-social
- une éducation intensive

UN GUIDE CONCERNANT LES HYPOGLYCEMIES

Connaître les circonstances favorisant les hypoglycémies - Check-list devant les hypoglycémies sévères et/ou répétées :

Avoir sur soi au moins 3 morceaux de sucre

Avoir sur soi une carte de diabétique ou un médaillon d'identification

Avoir chez soi Glucagon et/ou glucosé I.V.

Savoir se resucrer rapidement et suffisamment

Corriger systématiquement toutes les hypoglycémies même modestes et non symptomatiques

Ne jamais sauter de repas

Prendre des repas et des collations suffisamment glucidiques

Connaître les recommandations en cas d'activité physique

Ne pas faire d'injection trop profonde ou trop superficielle

Ne pas injecter en zone de lipodystrophie

Savoir reconnaître les symptômes mineurs notamment cognitifs

Avoir des objectifs glycémiques cohérents avec l'intensité du reste de la prise en charge

Pratiquer au moins 3 auto-contrôles glycémiques journaliers

Avoir un lecteur glycémique fiable et vérifié

Contrôler sa glycémie nocturne au moins une fois par mois

Ne faire de supplément d'insuline rapide qu'en cas d'hyperglycémie majeure voire cétosique

Eviter l'alcool en dehors des repas

Eviter les médicaments potentialisateurs d'hypoglycémie

Assurer une « sécurité-réveil »

•

Concernant les hypoglycémies nocturnes, sont-elles fréquentes ?

- 30 à 45 % des diabétiques ont des glycémies nocturnes atteignant 0,60 g/l ou moins
- souvent méconnues, 80 % des hypoglycémies ne réveillent pas

- quelquefois profondes, la moitié des hypoglycémies sévères survenues pendant l'étude DCCT est survenue au cours de la nuit

Pratiquer une glycémie au coucher est un moyen de réduction du risque d'hypoglycémie nocturne..

Des chiffres sur les hypoglycémies

Les risques de faire une hypoglycémie sévère sont de

- 2,3 % par année/patient sous insuline
- 0,7 % par année/patient sans insuline.

Les hypoglycémies sévères sont de 10 à 100 % par année/patient, c'est-à-dire, pour un patient donné, de 1 à 10 chances de faire une hypoglycémie profonde dans l'année.

Ce risque est fonction:

- du niveau glycémique moyen
- du degré des perceptions des premiers symptômes d'hypoglycémie

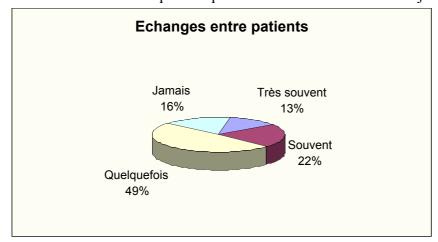
La morbidité de l'hypoglycémie se limite au risque traumatique (accident de voie publique).

Une idée à ne pas suggérer ou à faire sortir : l'hyperglycémie de sécurité

Remarques : la relation entre une bonne hémoglobine glycosylée et les hypoglycémies fréquentes n'est pas une fatalité contrairement à une opinion répandue depuis les résultats du DCCT

Dialoguent-ils entre eux? Oui, quelquefois pour 49 %

Souvent et très souvent pour respectivement 22 % et 13 % mais jamais pour 16 %.



Les associations

A.F.D. (Association Française des Diabétiques)

58 rue Alexandre Dumas

75011 PARIS

Tél.: 01 40 09 24 25

A.J.D. (Aide aux Jeunes Diabétiques)

17 rue Gazan

75014 PARIS

Tél.: 01 44 16 89 69

A.L.F.E.D.I.A.M. (Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies métaboliques) : association de professionnels médicaux et paramédicaux

La Maison du Diabète 124 rue Raymond Derain 59700 MARCQ-EN-BAROEUIL

Tél.: 03 20 72 32 82

L.D.F. (Ligue des Diabétiques de France)

39 rue Norman-Prince

64000 PAU

Tél.: 05 59 80 29 52

Adhérer à une association de diabétiques contribue à une meilleure connaissance de la maladie et des progrès de la recherche.

Concernant l'A.F.D., fondée en 1938, reconnue d'utilité publique en 1976, des associations réparties sur tout le territoire, proposant l'information sous plusieurs formes : Revue Equilibre, Salon du Diabète, service social, juridique, assurance, brochures et autres outils d'information

Allo Diabète, tél. 01 40 09 68 09, propose des consultations psychologiques et finance la recherche.

Contact:

58 rue Alexandre Dumas

75011 PARIS

Tél.: 01 40 09 24 25 Fax: 01 40 09 20 30

E-mail: <u>afdsiege@cybercable.fr</u> Internet: <u>http://www.afd.asso.fr</u>

L'A.J.D. (Aide aux Jeunes Diabétiques), fondée en 1953, reconnue d'utilité publique en 1967, est une structure nationale offrant un service d'entraide et d'éducation en collaboration avec les médecins pédiatres diabétologues des hôpitaux, les soignants, les familles. Elle finance la recherche et organise des rencontres, des séminaires de formation, un congrès.

Revue trimestrielle d'information, cahiers d'éducation, posters, jeux, vidéo.

Des séjours éducatifs de vacances été et hiver, des séjours parents-enfants.

Contact:

17 rue Gazan 75014 PARIS

Tél.: 01 44 16 89 69 Fax: 01 45 81 40 38

E-mail: <u>ajd.ajd@wanadoo.fr</u>
Internet: http://www.ajd-educ.org

La L.D.F. (Ligue des Diabétiques de France), fondée en 1940, reconnue d'utilité publique en 1984, défend les intérêts des diabétiques, la promotion de leur éducation permanente, la diffusion de toutes informations susceptibles d'y contribuer.

Sa revue trimestrielle : Diabète et Nutrition

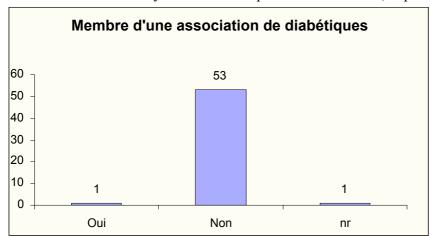
Contact : 1 rue Ségure 64000 PAU

Tél.: 05 59 32 36 01 Fax: 05 59 72 97 75

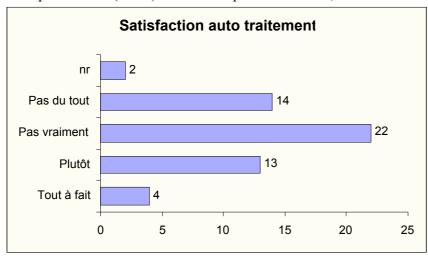
Internet: pau.liguediabetiquesfrance@worldonline.fr

Les patients interrogés ne sont que 2 % à être membres d'une association de diabétiques (2 % de non-réponses).

Notre association des Pyrénées-Atlantiques est en sommeil, capable de s'animer.

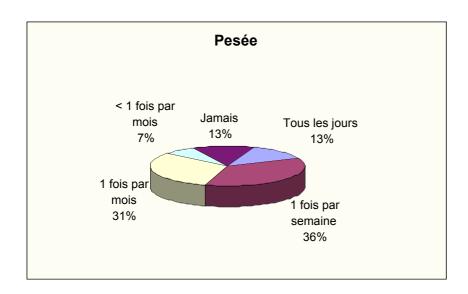


Concernant la façon dont ils se traitent, les patients ne sont pas vraiment satisfaits (40 %), voire pas du tout (25 %). 24 % sont plutôt satisfaits, voire tout à fait (7 %).



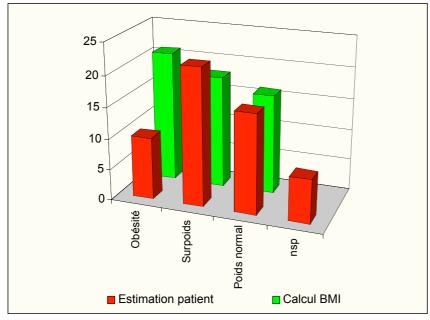
Graphe

S'ils se pèsent une fois par semaine (36 %), voire tous les jours pour 13 %, une fois par mois (31 %), ils oublient leur balance pour 7 % (une pesée inférieure à une fois par mois). 13 % des patients ne se pèsent jamais.



Pourtant, si 7 % ne se prononcent pas quant à l'estimation de leur poids : poids normal – surpoids – obésité, le calcul de leur BMI (Body Mass Index) à partir de leurs poids et taille retrouve une discordance entre l'évaluation du degré de leur surcharge pondérale et les paramètres de référence.

Si 38 % sont en obésité, seulement 19 % se sont bien évalués.



Tableau

NOTIONS D'OBESITE ET SURPOIDS

Les sujets obèses caractérisés par une accumulation importante de tissu adipeux viscéral (obésité androïde) montrent des complications métaboliques plus sévères que les sujets avec une obésité dite sous-cutanée (obésité gynoïde) (Després J.P., Moorgani S., Loupien P.J. et al., Regional distribution of body fat plasma lipoprotein, and cardiovascular disease arteriosclerosis, 1990, 10, 497-511) (Pouliot M.C., Després J.P., Nadeau A. et al., Visceral obesity in man. Associations with glucose tolerance, plasma insulin and lipoprotein levels, diabetes 1992, 41, 826-834).

Williamson D.F., Thompson T.J., Thun M., Flanders D., Pamuk E., Byers T.: Intentional weigth loss and mortality among overweight individuals with diabetes 2000, Diabetes care, 23 (10) 1499-1504.

Objectif : évaluation de l'effet de la perte de poids intentionnelle sur la mortalité chez les diabétiques obèses.

Conclusion : la perte de poids s'accompagne d'une réduction substantielle de la mortalité.

Etude américaine : Analyse prospective : suivi de la mortalité pendant 12 ans (1959-1972) sur 4970 diabétiques obèses de 40 à 64 ans. Calcul de la mortalité globale et de la mortalité due à une maladie cardio-vasculaire ou au diabète.

Sur 4970 sujets, 34 % ont signalé une perte de poids intentionnelle allant de pair avec :

- une réduction de 25 % de la mortalité globale
- une réduction de 28 % de la mortalité due à une maladie cardio-vasculaire et au diabète

La réduction maximale chez les sujets ayant perdu de 20 à 29 livres Pour des pertes supérieures à 70 livres, une légère augmentation de la mortalité

L'augmentation de la prévalence de l'obésité constitue à long terme un facteur important de croissance démographique du diabète de type 2.

L'étude OBEPI réalisée en 2000 retrouve 29,4 % de surpoids et 9,6 % d'obésité (Charles M.A. et Coll – Actualités épidémiologiques de l'obésité et du diabète de type II – Diabetes metab, 2000, 26 : 17-20).

Le Poids et le Moi – Bernard Waysfeld – Editions Armand Colin : Médecin psychiatre et nutritionniste qui pose des questions parfois dérangeantes et rappelle des vérités que nous avons du mal à reconnaître. Pour lui, il n'y a pas de problème de poids « Trop de kilos de trop, n'est-ce pas une question d'image, d'exigences personnelles ? »

« 100 kg de trop, est-ce encore un problème de poids? »

Le Poids et le Moi dénonce les pièges tendus à ceux qui sont ou qui se trouvent trop gros car, derrière le poids, il y a une souffrance.

« Les sujets qui souffrent parlent d'abord de leur corpulence anormale, de leur vécu douloureux, de leur sentiment de non-conformité, du « racisme » anti-gros, du terrorisme de la minceur, de l'inadaptation sociale et de leur histoire : enfance marquée par des séparations, frustrations, de trop d'amour ou de désamour. Ils parlent de leurs difficultés à vivre pour les plus jeunes, de suivre pour ceux qui sont déjà touchés par les complications. »

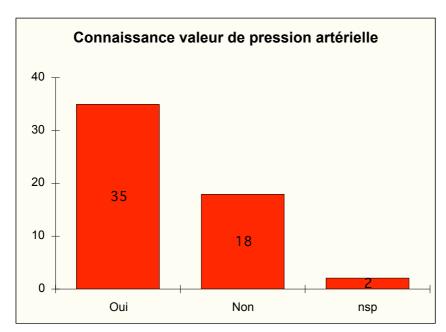
Ainsi, il n'est plus temps de raisonner le poids en terme de kilos ou d'esthétisme mais de savoir ce qu'il représente, quels en sont ou ont été les facteurs favorisants et s'il est opportun de faire perdre du poids à une personne qui en fait la demande.

Concernant leurs autres facteurs de risque cardio-vasculaire :

- la pression artérielle :
 - . ils la connaissent pour 64 %
 - . l'ignorent pour 33 %
 - . ne se prononcent pas pour 3 %

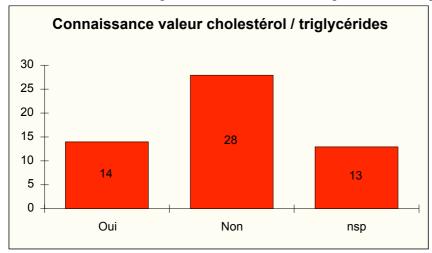
Elle s'inscrit pour 79 % dans les recommandations de l'ANAES (une pression artérielle strictement inférieure à 140/80 mmHg, mais « 13/8, Docteur ...»). 15 % ont des pressions artérielles excédant 140/80 mmHg.

Un pourcentage de non-réponses de 6 %.



Cholestérol/triglycérides

51 % ne les connaissent pas mais 25 % oui tandis que 24 % ne se prononcent pas.



PRESSION ARTERIELLE

- les valeurs-cibles de la pression artérielle sont 140/80 mmHg

ANAES : suivi du patient diabétique de type II à l'exclusion du suivi des complications, 1999– diabetes metab. ; 25, suppl. 2.

Hypertension artérielle

Dans le cadre de l'UKPDS, le traitement anti-hypertenseur a été plus efficace que celui de la glycémie pour prévenir les évènements de micro- et macro-angiopathies (UK prospective

diabetes study group. Tight blood pressure control and risk of macro-vascular and micro-vascular complications in type II diabetes: UKPDS 38. BMJ 1998; 317: 703-713)

CONNAISANCE CHOLESTÉROL-TRIGLÉRIDES

- les valeurs des paramètres lipidiques

Valeurs de LDL cholestérol retenues par l'ANAES et l'AFSSaPS (Recommandations de bonne pratique. Traitement médicamenteux du diabète de type II 12/1999. Diabetes metab. 1999 (suppl 6 ; 25 : 1–79))

Valeurs de LDL cholestérol retenues en fonction du niveau du risque pour l'instauration d'un traitement médicamenteux (p. 29 – livre référence)

FACTEURS DE RISQUE CARDIO VASCULAIRE

CUMUL DIABETE-CHOLESTEROL-TRIGLYCERIDES-HTA

Les deux combinaisons de facteurs de risque les plus répandues sont obésité + HTA et obésité + dyslypidémie.

Tableau page 4 (Isommaa B. and all., Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrom 2001 - Diabet car; 24 (4:683-689)

Les lacunes portent sur les connaissances :

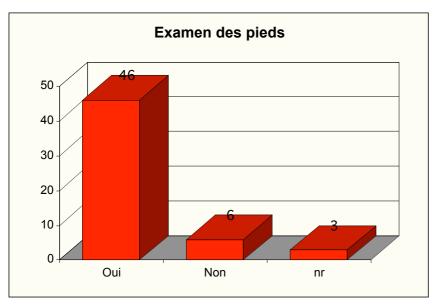
- Hb A1C
- les glycémies capillaires à privilégier
- l'absence de notion d'objectif glycémique

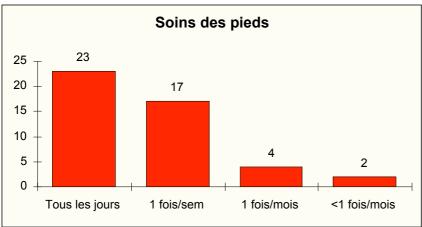
Si le patient est demandeur d'une qualité de vie meilleure, de sa responsabilisation, l'éducation associée à la thérapeutique doivent y répondre, pas seulement par une information médicale.

Elle doit évoluer vers une dimension éthique : le droit à l'information.

Par un questionnaire soignant, j'ai cherché à évaluer la satisfaction de l'équipe soignante dans les soins destinés aux patients rencontrés dans le service et, par ailleurs, lister les besoins ressentis

Ils sont 84 % à examiner leurs pieds, tous les jours ou une fois par semaine (respectivement 42 % - 31 %). Ils ne font pas beaucoup appel aux podologues : des consultations moyennes de par semestre.





Pieds

++++++ photocopie à faire

Mode d'emploi du mono-filament de 10 g (Ai-je un risque podologique ? – Equilibre n° 231. février 2003 A 23-27 – Varroud-Vial)

Afin d'entreprendre un enseignement intensifié sur la prévention des soins podologiques, il faut penser à évaluer la mobilité articulaire et l'acuité visuelle des patients présentant une neuropathie : alors une formation de l'entourage familial.

Xxxxxxxxx celui que le médecin lui a consacré lors de chaque visite. »

Le risque évolutif des lésions des pieds diabétiques est dominé par l'amputation et le décès du patient.

La présence d'un trouble trophique du pied est associée à une diminution de l'espérance de vie du patient diabétique

Toute amputation chez les patients diabétiques a débuté par une plaie

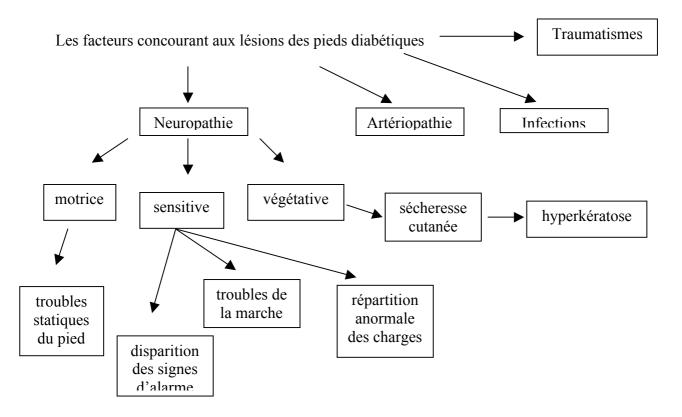
Le risque d'amputation est de 10 à 20 fois supérieur chez les diabétiques que chez les nondiabétiques.

15 % des diabétiques ont ou auront des troubles trophiques des pieds

50 % des amputations actuellement concernent les diabétiques.

Une amputation est suivie dans 56 % des cas d'une amputation controlatérale dans les 3 ans

La mortalité à 3 ans après amputation varie de 20 à 50 % selon les études (Chauchard M.C. et al., 2001, Diabetic Foot Rev. Prat. – 51(16) : page 1788-92)



Armstrong propose une classification du risque d'amputation (Armstrong D.G., Lavery L.A. and Harkless L.B. - Validation of a diabetic *normal* classification system. The contribution of depth, infection and ischemia to risk of amputation – 1998 Diabetes care 21(5): p. 855-859)

Grade	0	I	II	III
Stade	Hyperkératose Lésions cicatrisées	Ulcère superficiel	Ulcère profond avec atteinte tendon ou capsule	Ulcère profond avec atteinte des os et articulations
A : sans infection ni ischémie			•	
B: infection				

C : ischémie		
D : infection et ischémie		

Quatre axes de traitement curatif d'une plaie du pied :

- suppression de l'appui justifiant des techniques orthopédiques parfois lourdes, type plâtre de décharge
- maîtrise de l'infection avec antibiothérapie si nécessaire adaptée à l'état local et général et aux résultats des prélèvements bactériologiques
- soins locaux intégrant le plus souvent un débridement chirurgical
- gestes de revascularisation

(The diabetic foot ulcer: outcome and management: in International Working Group on the Diabetic foot – International of consensus of the diabetic foot, May 1999: 48)

L'éducation du patient ayant un pied à risque est sans doute l'une des parties les plus difficiles et les plus importantes du traitement préventif.

Elle implique un changement de comportement du patient.

Elle doit s'orienter sur :

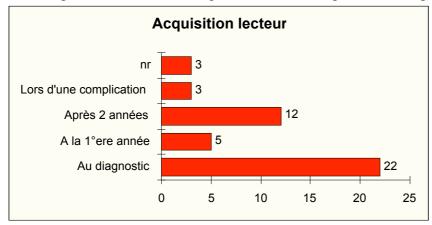
- les complications au niveau des pieds,
- les moyens de prévention
- des mesures d'hygiène,
- l'adéquation du chaussage
- la pédicurie

La prise en charge des lésions du pied se fait toujours à un stade très tardif.

Elle pourrait être améliorée par une **unité podologique spécialisée** dans les lésions du pied chez les patients diabétiques.

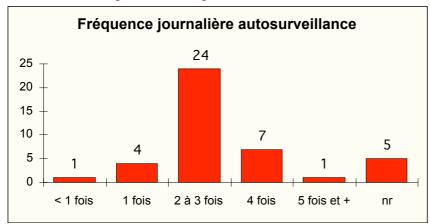
Concernant la pratique de l'auto-surveillance glycémique, elle est effective pour 42 patients sur les 55 interrogés. 10 personnes ne pratiquent pas d'auto-surveillance, 3 ne répondent pas. Ils ont souvent acquis leur lecteur de glycémie lors du diagnostic de leur diabète (52 %), après deux ans d'évolution : 22 %.

Une complication a motivé l'acquisition du lecteur pour 5 % des patients.



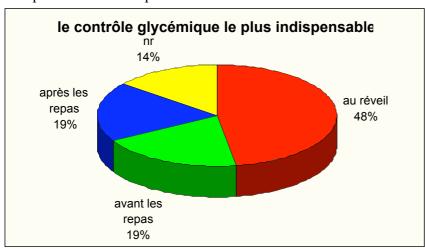
La pratique de 2 à 3 glycémies capillaires par jour pour la majorité : 44 % , tandis que 19 % sont à 4 contrôles journaliers.

Le taux de non-réponses est important : 12 %.



Sur la glycémie au réveil, qui leur semble la plus importante : 14 % des patients n'ont pas répondu. Il n'y avait pourtant pas d'ambiguïté quant à la formulation.

La répartition entre un contrôle glycémique indispensable avant les repas ou après les repas est équivalente : 19 % pour chacune

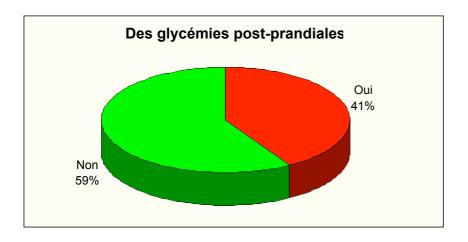


GLYCEMIE LA PLUS INDISPENSABLE GLYCEMIE A JEUN OU POST PRANDIALE

La glycémie à jeun est mieux corrélée avec l'HbA1C quand le diabète est fortement déséquilibré.

La glycémie post-prandiale est mieux corrélée avec l'HbA1C quand le diabète est peu équilibré (Monnier L. et al. : Diabetes care, 2003, Contribution of fasting and postprandial plasma glucose increments to the overall diurnal hyperglycemia of type 2 diabetes, 26 (3) : 1

Les patients effectuent des glycémies post-prandiales pour 41 %. 59 % n'en effectuent pas.



L'AUTO-SURVEILLANCE GLYCEMIQUE

Pratiquer l'auto-surveillance, c'est créer des symptômes (Pr A. Grimaldi)

C'est en mesurant sa glycémie que le diabétique va se sentir concerné.

Les patients s'intéresseront vite à comprendre le pourquoi des chiffres mais il faut **passer de l'auto-surveillance à l'auto-contrôle**, que le patient utilise les chiffres pour modifier son comportement vis-à-vis de l'alimentation, de l'exercice physique, bases même des séances d'éducation.

L'auto-surveillance est un outil, ce n'est pas une fin en soi mais ce doit être un instrument au service, du patient et d'une meilleure communication entre soignant et soigné.

Je constate ⇒ je pense ⇒ je propose

C'est avoir une visibilité réelle de ce qui se passe et pouvoir effectivement adapter le traitement., quel impact d'un bon repas ou d'une grande marche sur l'équilibre du diabète ? On ne conduit pas une automobile en tant que citoyen responsable en supprimant le compteur de vitesse. Comment savoir si nous roulons trop vite (hyperglycémie) ou trop lentement (hypoglycémie) ? Comment faire sans un apprentissage ?

Grâce à l'auto-surveillance, le patient peut se rendre compte si ses ajustements des doses d'insuline ont été adaptés, insuffisants ou exagérés et donc modifier, si besoin, son attitude ultérieure.

Remarques concernant les glycémies post-prandiales

Etude mettant en évidence le bénéfice d'une **modification du comportement** et de l'hygiène de vie chez les sujets à risque de diabète de type II :

_ l'étude DPS - Diabetes Prevention Study, en Finlande, sujets obèses ayant des anomalies de la tolérance au glucose confirmées par une HGPO, un style de vie sédentaire, randomisés en deux groupes :

- l'un intervention avec conseils individualisés pour perdre du poids, pour augmenter l'activité physique, suivi en consultation au bout d'un mois, puis tous les trois mois, - le groupe-contrôle recevant des conseils généraux et un suivi annuel - durée moyenne de l'étude : 3,2 années.

A la deuxième année de l'étude, la perte de poids était de $3,5 \pm 5,5$ kg dans le groupe-intervention versus $0,8 \pm 4,4$ kg dans le groupe-contrôle.

A 4 ans, l'incidence cumulative de diabète était de 11 % dans le groupe-intervention versus 23 % dans le groupe-contrôle. Le risque de diabète était réduit de 58 % dans le groupe-intervention avec une réduction de l'incidence du diabète qui était directement corrélée aux modifications du style de vie.

_ l'étude DPP - Diabetes Prevention Program Research Group, conduite aux Etats-Unis (Diabetes Prevention Program Research Group : reduction in the incidence of type II diabetes with life style intervention or Metformin. N. Engl J. Med. 2002 ; 346 : 393-403).

Chez des sujets non diabétiques avec glycémie à jeun ou pic de glycémie après charge orale en glucose supérieure à celle des sujets normaux, randomisés en trois groupes : placebo – Metformine – programme intensif de modification du style de vie (perte de poids de 7 %), au moins 150 minutes d'activité physique par semaine.

Sujets obèses suivis pendant 2,8 ans: l'incidence du diabète a été de 11 - 7,8 - 4,8 cas pour année/personne pour les groupes-placebo, Metformine et modification du style de vie respectivement. L'intervention sur le style de vie a réduit l'incidence du diabète de 58 %, la Metformine de 31 %, versus placebo. Résultats comparables en Chine dans l'étude Da Quing (Pan X.R., Li G.W., Uhu J.H et al., Effects of diet and exercise in preventing NIDDN in people with impaired glucose tolerance: the Da Quing, IGT and Diabetes Study. Diabetes care 1997; 20: 537-44).

Les sujets ayant une intolérance au glucose suivis pendant six ans ont présenté une réduction du risque de diabète de 31 % par le régime seul, de 46 % par l'exercice physique et de 42 % par l'association régime et exercice physique versus le groupe-contrôle.

L'ensemble de ces études confirment le bien-fondé des modifications du style de vie (réduction des apports lipidiques – réduction pondérale – augmentation de l'activité physique) pour prévenir et/ou retarder l'apparition d'un diabète de type II chez des sujets à haut risque présentant des anomalies de la glyco-régulation.

Activité physique et alimentation

L'étude Nurses'Health Study sur plus de 120 000 femmes de 1980 à 1996 retrouve du diabète de type II passe par le contrôle du poids et des facteurs nutritionnels comme l'équilibre alimentaire et l'activité physique. (Hu F.B. et al., N. Engl. J. Med. 2001 ; 345 : 790-797. Diet lifestyle or the risk of type II diabetes mellitus in woman)

Il ne sert à rien d'avoir 4 injections d'insuline par jour pour n'effectuer qu'un seul contrôle de glycémie par 24 heures.

Il est inutile, voire anxiogène, de ne faire le contrôle que pour constater un chiffre.

Ne pas prescrire un kit sans explication, mieux vaudrait alors ne rien prescrire. Le temps consacré par le soignant à cette action éducative fait partie intégrante de l'acte de soins.

L'intérêt de l'auto-surveillance glycémique chez les diabétiques, dans la gestion de leur maladie n'est plus à rappeler, tout particulièrement chez les insulino-traités, (Boitard C., 1999 – La place de l'auto-surveillance dans le traitement du diabète de type I – Médecine Thérapeutique I : 19-30) (Virally M.L. et al., 1999 – Auto-surveillance glycémique et diabète de type 2 - Médecine Thérapeutique I : 31-36).

On constate une augmentation des chiffres de vente du nombre de lecteurs de glycémie et bandelettes réactives.

On estime à 300.000 diabétiques insulino-traités dont 180 000 de type I. ??????

600 00 diabétiques possèdent un lecteur avec une fréquence moyenne de l'auto-surveillance glycémique tous diabètes confondus de 1,3 contrôle quotidien.

70 % des diabétiques insulino-traités feraient de 2 à 3 contrôles par jour. Mais 22 % des diabétiques de type 2 possèdent un lecteur et 2/3 disent faire régulièrement des contrôles. (Passa P., Charbonnel B., Tauber J.P., 1998 – L'auto-surveillance glycémique chez les diabétiques de type 2 – Diabétologie et facteurs de risque, 4 : 231-235) (Halimi S., 1998 : Apport de l'auto-surveillance glycémique dans la prise en charge des diabétiques insulino-dépendants et non insulino-dépendants – Diabètes et métabolisme, 24 : 15-41). Le diabète de type 2 est tout aussi grave que le diabète de type 1.

C'est alors que le carnet d'auto-surveillance, offrant une vision globale qui permet un balayage des chiffres sur plusieurs jours est un carnet de bord, à ne pas considérer comme un espion mais un guide qui peut améliorer les qualités de vie.

Auto-surveillance

Analyse des profils glycémiques diurnes :

4 glycémies :

- 8 heures
- 11 heures
- 14 heures
- 17 heures

Un cycle glycémique qui montre des taux glycémiques meilleurs en deuxième partie de journée (14 heures et 17 heures).

La première partie de journée (8 heures et 11 heures) correspond en général à une insulinosécrétion résiduelle correcte qui va guider le traitement.

A l'inverse, un cycle glycémique qui se dégrade au cours de la journée est en général le reflet d'un déficit marqué de l'insulino-sécrétion et doit orienter vers l'utilisation en première intention d'insulino-sécrétagogues.

L'auto-surveillance repère le minimum glycémique diurne qui se situe en général en fin d'après-midi.

La règle des 3 « sept » : une glycémie à 7 heures du soir inférieure à 7 mmol/l correspond à une HbA1C inférieure à 7 %.

Les mémoires des lecteurs peuvent être exploitées par des logiciels de traitement d'informations, de nature rétrospective.

La nécessité pour le diabétique de devoir pratiquer régulièrement des contrôles glycémiques lui rappellent constamment sa maladie.

Quel devenir pour tout ce matériel d'auto-surveillance?

Bouhanick B., Hadjad J.S., Weekers L. 2000, Diabetes metab. Devenir des aiguilles, seringues, lancettes et bandelettes pour diabétiques en l'absence d'attitude consensuelle. Analyse de 1070 questionnaires. 26 (4), 288-293

Une évaluation du devenir des déchets souillés de patients diabétiques de type 1 par questionnaire de septembre 1998 à janvier 1999 (en France-Belgique-Luxembourg-Suisse-Tunisie) rapporte que :

- 68,8 % utilisent des aiguilles pour stylos
- 11,6 % des seringues

Au domicile	Aiguilles	seringues	lancettes	bandelettes
Directement dans la poubelle du domicile	46,9 %	49,9 %	52,2 %	67,6 %
Dans des bouteilles en plastique fermées	29,6 %	28,5 %	28,9 %	19,9 %
Dans des containers spécifiques	8,6 %	6,3 %		

Les bouteilles passent à la poubelle dans 62 % des cas et sont retournées à la pharmacie pour 15,5 %.

Au lieu de travail	aiguilles	seringues	lancettes	bandelettes
Directement dans la poubelle	30,1 %	29,6 %	35,4 %	51 %

Les autres ramenant le matériel à la maison.

Ceux qui travaillent jettent plus volontiers leur matériel piquant à la poubelle que ceux qui restent au domicile (52 % versus 44,4 %).

Une sensibilisation du patient mérite être pratiquée à l'égard du devenir des matériels souillés.

L'hémoglobine glyquée, c'est quoi? tableau signification

37 % n'en connaissent pas la signification.

56 % la connaissent.

7 % sont sans réponse.

Tableau Connaissance du dernier résultat

Ils connaissent leur dernier résultat pour 51 % tandis 45 % l'ignorent – 4 % de non-réponses.

Fréquence du dosage

????(chiffre) 27 % ne répondent pas quant à la fréquence de leur dosage d'hémoglobine glyquée en une année.

24 % effectuent ce dosage 4 fois par an.

16 % sont à 3 fois par an

11 % ne se prononcent pas

4 patients sur 55 pratiquent le dosage une fois par an, 3 patients plus de 4 fois par an et 2 patients jamais.

Tableau objectif glycémique

S'ils pratiquent une auto-surveillance glycémique, ils sont :

- 53 % à ne pas avoir d'objectif glycémique
- 38 % ont un objectif, mais lequel?
- 38 % ne répondent pas

Hb A1C: HbA1C

HbA1C

Véritable co-équipier des diabétiques et diabétologues, ce dosage mis au point à la fin des années 70 constituait un fidèle mouchard, reflet de la glycémie moyenne, partenaire indispensable.

Cependant, il peut gommer les excursions glycémiques en transformant une succession d'hypoglycémies et d'hyperglycémies en une normo-glycémie.

Il est parfois vécu comme un rôle de mouchard fidèle.

L'HbA1C a l'immense mérite d'être très bien corrélée avec le risque de complications.

L'enquête « schéma » a montré qu'un tiers des diabétiques de type II sous insulino-thérapie (quelque soit le schéma thérapeutique) sont correctement équilibrés et que dans 40 % des cas sont très mauvais (HbA1C > 8,5 %) (Charbonnel B. Pratique de l'insulino-thérapie en France. Résultats de l'enquête « schéma ». Diabetes metab., 2000, 26 : 21-23

Les patients bénéficient de l'Hb A1C, indicateur-phare de l'équilibre glycémique, mais sans en connaître la signification.

Donc:

- programmer les examens à réaliser
- expliquer au patient son intérêt

Nécessité d'une prise en charge renforcée du diabète de type II et d'un besoin d'informations

Les étude DECODE-2 et enquête Espoir Diabète réalisées en France en 2001 – diabétiques de type II suivis par des spécialistes – 28 % traités par monothérapie orale, 44 % par association de deux antidiabétiques oraux, par insuline avec ou sans anti-diabétiques oraux : 27 %. Seuls 25 % des patients avaient un taux d'HbA1C inférieur à 6,5 % et le taux moyen d'HbA1C était de 7,6 % \pm 1,6% pour l'ensemble de ces patients.

Remarques sur la difficulté de la stabiliser au long terme :

Singh B.M., Mc Namara C., Wise P.H.: High variability of glycated hemoglobin concentration in patients with IDDM followed over 9 years: what is the best index of long-term glycemy control?

En l'espace de 9 ans, l'écart entre le taux minimum et le taux maximum d'HbA1C chez des diabétiques insulino-dépendants a été supérieur à 3 % dans 55 % et supérieur à 5 % d'HbA1C dans 11 % des cas. Sur cette période, seuls 3,3 % des patients ont présenté un taux d' HbA1C inférieur à 8 %.

Hyperglycémie post-prandiale

Questionnaire patient : glycémie pp

L'hyperglycémie post-prandiale pourrait avoir un rôle néfaste au moins égal sinon supérieur à celui de l'hyperglycémie à jeun (Monnier L. et al. – Diabétologie et facteurs de risque ; ? 5(42) : 265-269

Le risque d'aggravation de rétinopathie et néphropathie s'élève avec l'augmentation des hyperglycémies post-prandiales (Ohkubo et al. 1999, Diabetes research and clinical pratice ; 28 : 103-117).

Hyperglycémie post-prandiale : Hyperglycémie post-prandiale et diabète, 2000, Diabetes Metab., 26 (4) : 265-272 - Gin H., Rigalleau V.

L'hyperglycémie post-prandiale est un facteur de risque indépendant de complication macro-vasculaire. La glycémie post-prandiale est plus difficile à maîtriser que la glycémie à jeun (une participation de la composition du repas lui-même, sa richesse en amidon participe à l'index glycémique; la vidange gastrique, le foie diminue la production endogène de glucose d'environ 50 % chez les sujets contrôlés, de 25 à 30 % chez les sujets intolérants au glucose ou un patient diabétique de type II).

Une moindre diminution de la production hépatique endogène.

Le sujet normo-glycémique comme le diabétique de type 2 passe environ 18 heures à 24 heures en état post-prandial et post-absorptif contre moins de 6 heures en jeûne strict lorsque trois repas sont consommés, ce qui est la situation habituelle (Monnier L., Is post-prandial glucose neglected cardiovascular risk factor in type 2 diabetes ? Eur. J. Clin. Invest. 2000 August 30, suppl. 2 : 3-11)

Donc, la correction des glycémies post-prandiales pourrait constituer un enjeu thérapeutique majeur.

Les glycémies post-charge en glucose (utilisées dans l'étude DECODE) et post-prandiales ne sont pas synonymes.

De grandes études prospectives menées chez des sujets normo-glycémiques à jeun de tolérance glycémique anormale ou diabétiques de type 2 se sont intéressées aux relations entre glycémies post-prandiales et risques cardio-vasculaires. Toutes plaident pour faire considérer que toutes les glycémies post-prandiales sont d'authentiques facteurs de risque cardio-vasculaire au même titre que l'hypertension artérielle et la dyslipidémie (DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO an American diabetes association diagnostics criteria. Lancet 1999, 354: 617-621) (Bonnora E., Muggeo M. - Post-prandial blood glucose as a risk factor for cardiovascular diseases in type II diabetes: the epidemiological evidence. Diabetologia 2001 BEC, 44 (12): 2107-14).

Objectif glycémique : défini en fonction de l'âge, de la polypathologie et l'existence ou non de complications.

Objectifs glycémiques

Woltert H.A., Anderson B.J.: Metabolic control matters: why is message lost in the translation? The need for realistic goal-sitting in diabetes care. Diabetes care, 2001; 24: 1301-2

Les études du DCCT pour le diabète de type I et l'étude du KPDS pour le diabète de type II retrouvent que le contrôle métabolique intervient. Les recommandations de l'ADA sont d'essayer d'obtenir un taux d'HbA1C inférieur à 7 %, une glycémie entre 0,80 et 1,20 g/l avant les repas et entre 1 g/l et 1,40 g/l après les repas chez les patients qui ne présentent pas de risques d'hypoglycémie sévère.

Cependant, cet objectif glycémique s'avère très rarement atteint.

Donc, il faut distinguer les recommandations « standard », consensus au sein de la communauté médicale qui ne peut rester qu'un idéal, et les « objectifs personnels du patient ».

Il convient d'encourager les patients à enregistrer leurs propres progrès personnels en termes de mouvement individuel vers une amélioration de leur glycémie plutôt qu'en termes de recommandations standard idéales et irréalistes.

En effet, le seul but réaliste qu'un patient puisse accomplir est un changement de comportement et la clef de cette réflexion est donc de distinguer comportement et résultat glycémique.

Le patient doit arriver à accepter de faire un certain nombre de choses (injecter plusieurs fois l'insuline, mesurer sa glycémie, adapter les doses).

Il ne faut fixer un objectif trop ambitieux qui, non atteint, devient un jugement des performances des patients, de leur capacité, de leur valeur. Ils échouent et abandonnent.

Si l'objectif est modeste, et il peut l'être, ce qui constitue une récompense qui peut jouer comme un renforcement positif à l'établissement de comportements de santé qu'il pourra alors maintenir.

Remarques

L'expression de nos patients quand ils reçoivent le résultat de leur HbA1C...

Tableau sucre sur soi

Ils ont du sucre sur eux pour 40 %, mais 33 % n'en n'ont jamais (sans distinction de type de diabète). Rarement et souvent atteignent l'un et l'autre 11 %.

Xxxxx Quant à l'attitude face à une hypoglycémie préventive ou correctrice, ils sont équipés :

- 40 % ont généralement du sucre sur eux, mais jamais pour 33 %.
- Rarement et souvent pour 11 %
- 5 % de non-réponses

Tableau Difficultés ou inconvénients

Quant aux difficultés et les inconvénients qu'ils retiennent, le nombre de non-réponses est important : 27 %. La raison essentielle est un manque de compréhension de la consigne par les patients.

L'auto-surveillance n'est pas un souci.

Ce sont les items:

- régime alimentaire
- hypoglycémies
- thérapeutique par comprimé ou insuline
- la sexualité

qui se détachent.

Xxxx Dans leur évaluation, des difficultés et inconvénients rencontrés, allant décroissantes, elles sont :

- le régime alimentaire
- les hypoglycémies
- le regard des autres et la gêne d'être diabétique vis-à-vis des autres
- la sexualité
- le traitement par insuline et/ou par comprimés

REGIME ALIMENTAIRE

Evolution pondérale chez les obèses non diabétiques qui entendent perdre du poids par un régime hypocalorique : 90 % de tels patients regagnent leur poids d'origine, 1/3 à 2/3 du poids est regagné à un an et tout est regagné à 5 ans (Kramer F., Jeffery R., Snell M. Long term follow up of behavourial traitment for obesity : patterns of weight regain among men and women. Int. J. Obs. 1989 13 : 123–136) – (Rosenbaum M., Leibel R.L., Hirsch J. : Obesit y. N. Engl. J. Med. 1997, 337 : 396-407)

« Manger est un acte social et culturel », empreint de tradition, d'effets de mode, par ailleurs un palliatif à l'angoisse.

Règles hygiéno-diététiques Diététique

« C'est une ennuyeuse maladie que de conserver sa santé par un trop grand régime. » La Rochefoucauld

Jus de raisin : le plus sucré : 20 g de sucre/100 ml

La consommation de pâtes en France est de 6 à 7 kg par an et par habitant. La consommation est au moins de 25 kg par an et par habitant en Italie.

- « Que l'alimentation soit ton seul remède » Hippocrate
- « Il n'v a pas d'amour plus sincère que l'amour de la nourriture » Bernard Shaw

L'enseignement diététique est un acte thérapeutique dans le diabète de type II. Aussi faut-il déplorer que l'acte d'éducation ne soit pas actuellement reconnu.

La classification sucres lents - sucres rapides est une notion des années 80, jusque là trop arbitraire.

La classification usuelle va distinguer :

- les sucres chimiquement simples
- les sucres chimiquement complexes

L'étude DPP, Diabetes Prevention Program, a montré qu'il était possible dans une population de sujets intolérants au glucose de prévenir l'apparition du diabète par des règles hygiéno-diététiques intensives (150 minutes d'activité physique hebdomadaire).

Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type II diabet with lifestyle intervention or Metformin. N. Engl. J. Med.; 2002, 346, 393-403

Des données récentes disent que le conseil diététique doit porter tout autant sur la façon de manger que sur la composition de l'alimentation, les présomptions du patient étant souvent prises à contre pied par les résultats scientifiques (Jenkins D.J.A., Jenkins A.L. Nutrition principal and diabetes role for « lent carbohydrate » ? Diabetes care, 1995, 18, 1491-1498).

Devant les difficultés de traitement de l'obésité, recourir aux thérapies comportementales et cognitives centrées sur la diététique sont plus efficaces que d'autres formes de traitement (Golay A., Fossati N., Valery M., Rieker A., Behavourial and cognitive approach to obese persons. Diabetes metab. 2001, 27-71-77)

Mais des échecs:

L'étude Diabetes Prevention Program Research Group a montré que le respect des règles hygiéno-diététiques intensives a permis une réduction de 58 % de l'incidence du diabète chez des sujets à haut risque de développer un diabète (âge > 25 ans – IMC > 24 kg/m_ et une intolérance au glucose diagnostiquée) par rapport au groupe placebo.

Une prévalence de 6,3 % à 9,6 % d'obésité chez l'homme (IMC \geq 30 kg/m_) et de 6,6 % à 10,6 % chez la femme.

Les difficultés résident dans l'alimentation, l'organisation des repas, probablement un trop grand nombre de comportements à modifier, vécues comme un bouleversement à une vie sociale, familiale professionnelle correcte.

Les changements du comportement alimentaire sont difficiles à faire accepter.

Diététique

L'adaptation diététique repose sur l'apport de glucides et sur l'hydratation. L'apport de glucides devra tenir compte du statut insulinique (diminution ou non des doses), de la durée du type d'activité (les activités d'endurance, intenses étant les plus consommatrices), la condition de la pratique du sport (loisirs, entraînement ou compétention) (recommandations de l'ALFEDIAM, 1998).

Dans l'ensemble, les patients sont bien informés.

Les sources d'information sont les revues, le bouche-à-oreille, les médias locaux puis Internet.

Maison du diabète

La nécessité de l'éducation du patient et de sa prise en charge est maintenant reconnue par tous comme facteur essentiel du traitement.

Un certain nombre de centres hospitaliers assurent maintenant l'éducation des diabétiques mais ils ne recouvrent que 15 % des patients.

Les diabétologues libéraux et les généralistes n'ont pas toujours les structures suffisantes pour les aider et peu de temps pour éduquer les patients (La maison du diabète : aide et/ou alternative aux réseaux de soins. Juin 2002, Diabétologie, nutrition et facteur de risque. Volume 8-68 : p 160 à 162

Le diabète en ligne

- Glossaire de la Fondation pour la Recherche Médicale http://www.frm.org/Scientifique/Sujetsfond/glossair.htm
- Site Web Diabsurf http://www.diabsurf.free.fr
- Site Web Mellitis

http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/alfediam/mellitis.html

- Site Web Le diabète http://www.chcb.gc.ca
- Site Web de l'Association Canadienne du Diabète http://www.diabetes.ca
- Site Web AJD http://www.ajd-educ.org
- Site Web Mellodia http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/mellodia/mellodia.htm

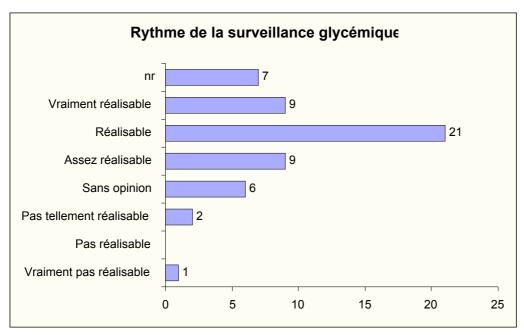
Quant aux difficultés et les inconvénients qu'ils retiennent, le nombre de non-réponses est important. La raison essentielle est un manque de compréhension des patients qui pourtant avaient la possibilité de nous en faire part.

Ce sont les items :

- régime alimentaire
- hypoglycémies
- thérapeutique par comprimé ou insuline
- la sexualité

qui se détachent.

L'auto-surveillance, le regard des autres ne gênent pas leur quotidien.



L'évaluation de nos soins par les patients, qu'il s'agisse des paramédicaux, des médecins généralistes ou des médecins spécialistes, retrouve une satisfaction jugée plutôt suffisante ou tout à fait suffisante concernant le temps que nous leur consacrons.

Tableau Temps consacré

L'évaluation de nos soins par les patients, qu'il s'agisse des paramédicaux, des médecins généralistes ou des médecins spécialistes, retrouve une satisfaction jugée plutôt suffisante ou tout à fait suffisante concernant le temps que nous leur consacrons.

Concernant le nombre de médecins diabétologues consultés durant ces cinq dernières années, il est de :

- 1 pour XX %
- 2 pour XX %
- 3 pour XX %
- 4 pour XX %
- aucun pour XX %

Les XX % ont consulté 7 diabétologues.

Changer de diabétologue n'est peut-être pas une fin en soi. Est-ce pour le désir pour le patient de changer d'équilibre glycémique ?

Les patients se considèrent :

- très actifs pour 45 % (« ils mobilisent leur énergie »),
- peu actifs pour 31 % (« un besoin de redéfinir un objectif »),
- passifs et très passifs pour 6 % et 4 % (« responsabilité du diabète, de la santé, des moments passés, présents et à venir »).

Tableau Filtres distorsions

Y a-t-il une différence entre ce qu'ils veulent exprimer et ce que nous entendons, qu'il s'agisse de leur médecin généraliste ou spécialiste, c'est quelquefois pour **XX** %.

Le taux de non-réponses est important, prédominant pour les médecins spécialistes, c'est très souvent et souvent respectivement relevés à **XX%** et **XX** %, un message qui passerait de manière différente entre médecins généralistes et spécialistes.

Concernant la mise en place d'une structure éducative, leur degré d'intérêt s'établit comme suit :

n° 1 : le régime alimentaire

n° 2 : les complications

n° 3 : l'aménagement des doses d'insuline

n° 4 : les mécanismes d'action des traitements par comprimés ou/et insuline

n° 5 : le diabète lui-même

n° 6 : la gestion des activités physiques

n° 7: les soins des pieds

n° 8 : les nouveautés

XX

Tableau Degré d'intérêt pour DEGRE D'INTERET Nouveautés

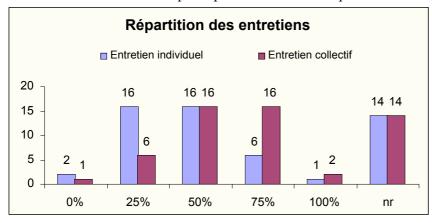
Une évolution vers une diversifications des offres thérapeutiques :

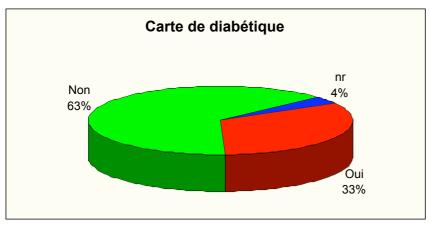
- des seringues aux stylos
- des pompes portables aux pompes implantables
- des analogues rapides puis des insulines inhalées
- pancréas artificiel, greffe des îlots de Langerhans
- d'une insulino-thérapie classique ou optimisée à une insulino-thérapie fonctionnelle

L'insuline inhalée, quelle tolerance locale ? Quelle bio-disponibilité ? Quelle acceptabilité ? Le chemin sera long pour prévenir le diabète. Une insuline par voie orale ?

Mesures de la glycémie par des appareils portables (Glucowatch CGMS – Glucoday

Dans un projet éducatif, ils répartiraient les entretiens entre le collectif et l'individuel. Malheureusement, 14 patients n'ont pas répondu. 16 patients répartiraient de façon égale les deux entretiens. ???????? optent pour des entretiens plutôt collectifs (individuel, collectif).





Pour finir, 63 % des patients interrogés ne possèdent pas de carte de diabétique. 33 % en possèdent. 4 % de non-réponses.

DIABETE ET SEXUALITE

« C'est normal quand on vieillit ?»

Les hommes atteints de diabète rencontrent des problèmes d'érection 10 à 15 ans avant les hommes indemnes de diabète.

50 à 60 % des hommes de plus de 50 ans atteints de diabète connaissent des troubles de l'érection.

La prévalence du diabète chez les hommes souffrant de troubles de l'érection est de 50 % contre 7 % chez les personnes de même âge et indemnes de diabète.

Chez l'homme, la prévalence de l'insuffisance érectile varie de 35 à 50 %.

Elle augmente avec

l'âge

la durée d'évolution du diabète

le mauvais contrôle du suivi

la présence de complications

Elle est moins élevée chez les diabétiques de type 1 que chez les diabétiques de type 2

Les troubles se répartissent ainsi selon les sexes et types de diabète :

Pour l'homme : Pour la femme

type 1 : 32 % type 2 : 46 % type 2 : 42 %

(Sciel in Diab. Res. Clin. Prac. 1999, 44: 115

L'OMS en 1974 reconnaît la santé sexuelle comme partie intégrante de la bonne santé (à côté de la santé physique et de la santé psychique).

84 % des hommes souffrant de troubles érectiles n'osent pas en parler à leur médecin (étude More - 1998).

Il faut reconnaître le non-dit et faire tomber cette difficulté à aborder les problèmes sexuels, causes de détérioration de la qualité de vie des patients diabétiques, considérés comme trop intimes, ils ne sont cependant pas une fatalité et à ne pas taire.

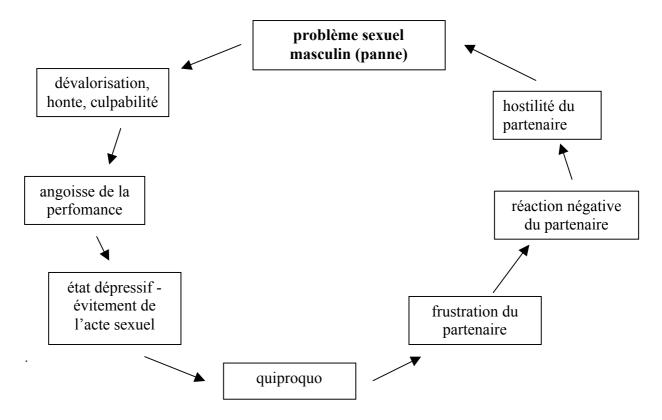
Si interviennent:

- des facteurs d'âge, de stress, d'excès de travail,

- des causes médicamenteuses,
 - des drogues (en particulier, deux fréquemment retrouvées : prise d'alcool, tabagisme),

Le diabète a des actions :

- directes
- par complication vasculaire (diminution de la qualité des érections)
- par problème neurologique, neuropathie (éjaculation rétrograde)
- par problème d'oxygénation des tissus (érection moins rigide)
 - indirectes :
 - sur l'équilibre glycémique par une instabilité (des hypoglycémies et hyperglycémies, passages hypo-hyper entraînant fatigue,)
 - sur l'état psychologique avec un cercle vicieux



Ne faut-il pas s'en acquérir avant ? En parler pour ne pas arriver à des comportements résignés ou des conflits dans la relation conjugale.

Discuter avec le patient et le couple

Quelques questions à poser :

Avez-vous constaté récemment une baisse de votre activité sexuelle ?

Avez-vous constaté récemment une disparition des érections nocturnes spontanées ?

Venez-vous de traverser une période de déséquilibre de votre diabète ?

Devant l'arrivée de traitements fortement médiatisés, les diabétiques osent en parler. Les 3/4 des prescriptions sont faites sur la demande du patient.

Chez la femme, les soucis peu fréquents sont plus aisément abordés avec les gynécologues . Le veuvage implique quasiment la fin de la vie sexuelle.

Il s'agit :

- d'une diminution d'orgasme (par neuropathie troubles psychologiques)
- d'une dyspareunie par manque de lubrification
- d'une sensibilité aux infections génitales

80 % des patients diabétiques souhaitent que la sexualité soit abordée en éducation (Mémoire IPCEM 1997, F. Prouin, R. Chenet (CHU Nice).

QUESTIONNAIRE SOIGNANTS

La difficulté des soignants : se confronter au défi de la chronicité.

Fondement de l'éducation thérapeutique :

Critères de qualité

- une formation du patient basée sur un apprentissage individualisé

- un processus continu adapté en permanence à l'évolution de la maladie du patient et de sa vie
- une démarche centrée sur le traitement et sa gestion quotidienne
- un enseignement constant autour des principes d'interactivité
- imposer aux soignants de développer des compétences pédagogiques

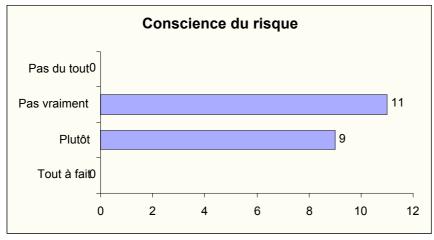
9	enseigner au patient à gérer
	la maladie
9	adapter la prise en charge
	thérapeutique aux patients
	individuellement
9	reconnaître les besoins du
	patient (depuis des
	objectifs)
9	choisir et utiliser
	adéquatement techniques
	et outils pédagogiques
9	évaluer les effets
	thérapeutiques

Son retour est faible: 48 %.

Des 42 questionnaires remis en main propre ou adressés au personnel soignant, 20 d'entre eux me permettent l'analyse suivante.

_ Quant à la conscience des risques par les patients, ils l'ont :

- pour 55 % pas vraiment
- pour 45 % plutôt

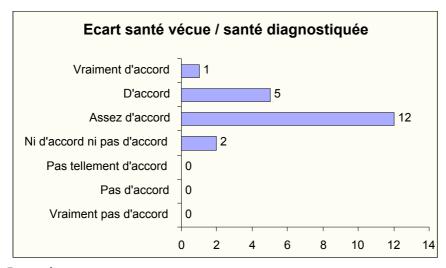


(Tableau a)

_ Il existe un écart entre la santé vécue et la santé diagnostiquée : s'agit-il d'une acceptation de la maladie ? de filtre de communication entre ce que nous disons et ce qu'ils entendent ?

Les symptômes ne sont pas décodés de la même manière entre les patients et l'équipe soignante.

Les patients ont un savoir et une expérience qui sont d'un autre ordre que ceux des soignants. C'est en cela que le partenariat peut être fructueux dans une démarche éducative.



Les soignants sont :

- 60 % assez d'accord

- 25 % d'accord

- 5 % vraiment d'accord

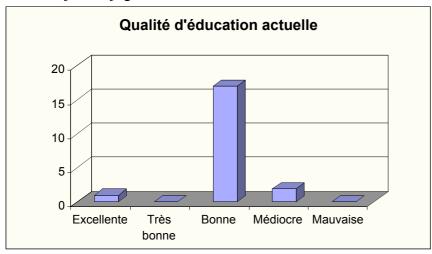
- 10 % ni d'accord, ni pas d'accord

(Tableau b)

_ La qualité actuelle d'éducation est jugée :

- bonne 85 % - voire excellente 5 % - médiocre 2 %

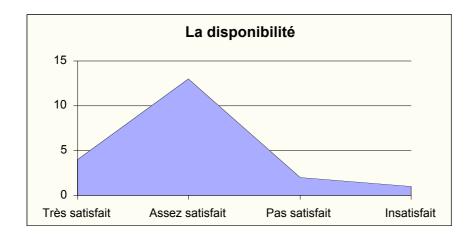
Elle n'est jamais jugée ou mauvaise ou très bonne



(Tableau c)

Les soignants, quant à la disponibilité à l'égard des soignés, sont le plus souvent :

- assez satisfaits
- voire très satisfaisaits
- pas satisfaits
- voire insatisfaits
5 %



TEMPS SUFFISANT DANS ANALYSE SOIGNANTS

Ecoute:

Les mots sont des maux.

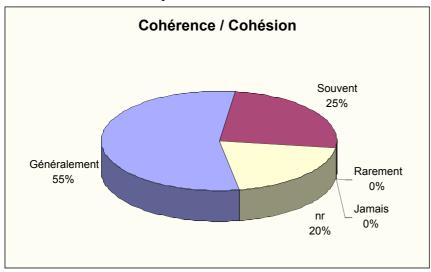
Les maux ont des mots.

Surveillance glycémique avec le lecteur : après le principe de plaisir (l'écart), intervient le principe de réalité (effet destructeur du sucre).

_ Le langage est commun : une cohérence, une cohésion

- généralement 55 % - souvent 25 %

20 % n'ont cependant pas répondu. Jamais et rarement n'ont pas été retenus.

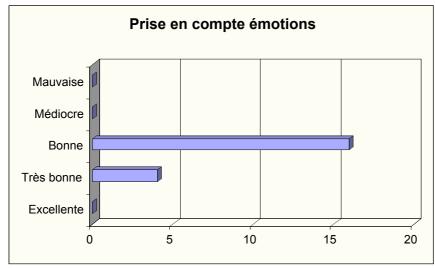


(Tableau d)

_ La prise en compte des émotions est : - bonne 80 %

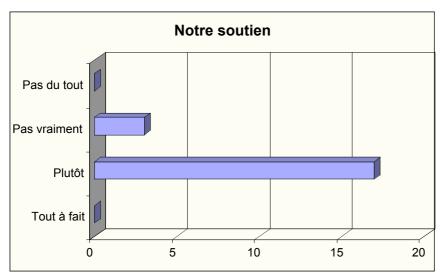
- bonne 80 % - très bonne 20 %

Jamais retenu : excellente, médiocre ou mauvaise.



(tableau e)

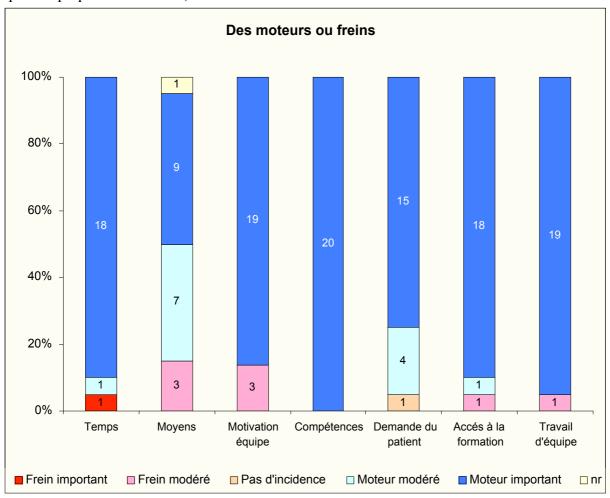
- _ Ils soutiennent leurs patients :
- 17 répondent plutôt
- 3 répondent pas vraiment



(tableau f)

_ Dans un projet d'éducation, à savoir une structure mise en place dans l'avenir, parmi temps, moyens, motivation de l'équipe, compétences, demandes du patient, accès à la formation, travail d'équipe, la répartition des moteurs ou freins s'établit comme suit :

- pour la plupart des moteurs, il faut démarrer.

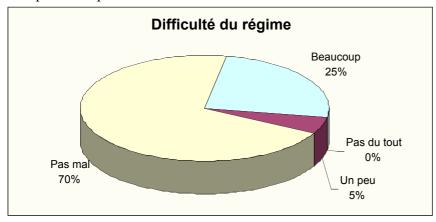


(tableau g)

_ Nos patients ont des difficultés dans leur régime. Nous le sentons, mais ils l'expriment également :

Elles sont considérées :

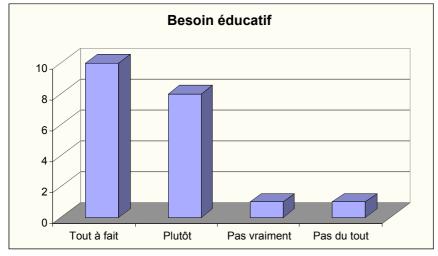
- pas mal pour 70 %
- beaucoup pour 25 %
- un peu pour 5 %



(tableau h)

Mais ils ont un besoin éducatif, un besoin ressenti par :

- 50 % tout à fait
- 40 % plutôt
- 5 % pas vraiment ou pas du tout



QUESTIONNAIRE SOIGNANTS FORMATION Résultats Prise en charge MG

Detournay B., Cros S., Charbonnel B., Grimaldi A., Liard F., Cogneau J., Fagnani F., Eschwege E. Managing. type 2 diabetes in France The Ecodia survey. Diabetes Metab. 2000, 26 (5), 363-369.

D'après les recommandations de l'ANAES :

« L'indication d'une insulino-thérapie est recommandée lorsque l'HbA1C est supérieure à 8% sur 2 contrôles successifs sous l'association sulfamide/metformine à posologie maximale. Elle

est laissée à l'appréciation par le clinicien du rapport bénéfices/inconvénients de l'insulinothérapie lorsque l'HbA1C est comprise entre 6,6 % et 8 % sous la même association .» Référence ANAES: Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge de complications (recommandations) mars 2000.

La pratique sur le terrain des recommandations de l'ANAES est en inadéquation avec celle-ci que ce soit pour les médecins généralistes ou les médecins spécialistes.

Une étude transversale descriptive en 1999 auprès d'un échantillon aléatoire de 311 médecins généralistes et 51médecins spécialistes ayant rempli un questionnaire sur 4119 patients diabétiques de type 2 sur une période rétrospective de six mois retient une prise en charge du diabétique de type 2 souvent insuffisante en dépit des progrès récents

avec une répartition d'âge de 50 % ≥ 67 ans

54 % d'hommes

une ancienneté du diagnostic du diabète remontant à 8-9 ans en moyenne

un diagnostic pour 73 % à l'occasion d'une consultation sans rapport direct avec un symptôme évocateur de diabète ou d'une complication

42 % des patients ont un IMC ≥ 30 kg/m_

46 % sont hypertendus (PA > 140/80 mmHg)

53 % des sujets ont un LDL > 1,30 g/l

33 % présente au moins une complication

60 % ont eu un dosage d'HbA1C dans les 6 derniers mois

les dernières HbA1C disponibles sont

entre 6,5 et 8 % pour 35 %

supérieures à 8 % pour 31 %

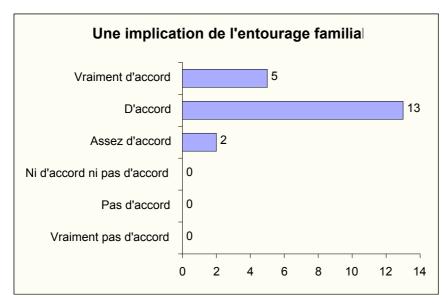
85 % sont traités par anti-diabétiques oraux (surtout des sulfonylurés) ???

9,5 % ont des mesures hygiéno-diététiques seules

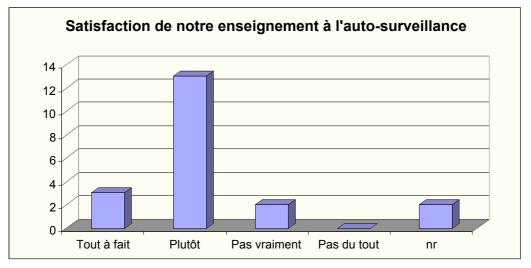
5 % sont traités par insuline seule ou associée

Quant à impliquer l'entourage familial, il le faut. Les soignants sont :

- d'accord 65 %
- voire vraiment d'accord 25 %
- assez d'accord 10 %



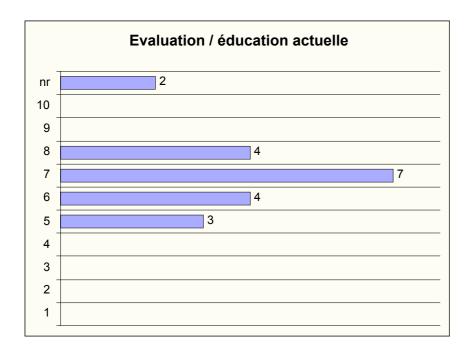
Ils sont plutôt satisfaits de leur enseignement à l'auto-surveillance.



(tableau j)

 $_$ Auto-évaluation de l'éducation actuelle (note de 0/10 à 10/10)

- 35 % lui attribuent un 7/10
- 20 % notent 6/10 et 8/10
- 15 % sont à la moyenne
- 10 % ne répondent pas



(tableau k)

Les représentations des malades ne correspondent pas aux définitions médicales. Ouelques exemples :

- 30 % des patients diabétiques avec rétinopathie confondent la rétine avec la sclérotique
- près de 50 % des patients confondent la neuropathie avec une maladie des nerfs, croyant être fragiles au niveau psychologique
- le terme « mal perforant plantaire » est compris pour 40 % des malades comme étant un trou qui perfore le pied, sans réaliser que le ???????? plantaire appartient à cette pathologie.

CONCLUSION

MODIFICATIONS DE VIE DES PATIENTS

La maladie change l'être au monde.

Signification de la maladie de longue durée chronique : c'est un changement d'attitude des proches et des amis, en souvenir d'une vie passée ensemble qui n'est plus celle du malade. Le malade ne partage plus leur vie et ne participe à la sienne que de loin.

L'équipe soignante constitue le trait d'union entre le moi qui vit la maladie et le monde environnant qui se trouve affecté par le même fait.

CONCLUSION CONCLUSION

Projets:

Intense travail de la part des équipes Nécessité de fédérer les énergies et les compétences Un besoin de moyens humains Faire naître, vivre et évoluer un projet

Points forts des recommandations de bonne pratique clinique de l'ANAES :

Suivi du diabétique de type II à l'exclusion du suivi des complications

Points forts:

- Officialisation en France du seuil diagnostique à 1,26 g/l. Cette valeur glycémique est un critère de diagnostic, elle n'est pas un seuil d'intervention pharmacologique.
- Le dosage de l'HbA1C, par une méthodologie standardisée, est le critère retenu pour le suivi glycémique des patients. La glycémie au laboratoire n'est conseillée que dans des situations particulières, généralement de courte durée.
- Le contrôle glycémique est considéré comme
- bon si l'HbA1C est inférieure ou égale à 6,5 %,
- mauvais impliquant un changement de traitement si l'HbA1C est supérieure à 8 %.
 - L'évaluation de l'équilibre doit toujours être individualisée a fortiori quand l'HbA1C est comprise entre 6,5 % et 9 %.
 - L'auto-surveillance glycémique est à conseiller dans de nombreux cas mais sa généralisation manque de validation scientifique.
 - L'hypertension est définie à 140/90 mmHg, valeurs audessus desquelles il convient d'instaurer ou de modifier un traitement anti-hypertenseur.
 - L'évaluation du bilan lipidique est articulée autour du LDL cholestérol dont la valeur-cible dépend des autres facteurs de risque cardio-vasculaire, y compris les valeurs du HDL cholestérol et des triglycérides.
 - Un fond d'œil annuel mais pas d'angiographie à la fluorécéine systématique est recommandé.
 - Un bilan rénal annuel est dominé par la mesure de la créatinine sérique avec calcul de la clairance de Cockroft.
 - Un bilan à la recherche d'une neuropathie des membres inférieurs est dominée par l'évaluation de la perte de la sensibilité tactile fine par l'usage du mono-filament nylon.

 Un bilan cardio-vasculaire annuel centré sur la clinique (recherche d'un angor atypique) et l'ECG de repos sont recommandés.

ANNEXES

contrôle changement discipline dur, dur, dur pas un problème : 3 fois suivre les conseils équipe ne pas surévaluer la maladíe contrainte : 8 fois 4 piqûres médicament pour moi, rien piqûre indispensable : 2 fois obligatoire contrefait patíence absence de liberté ne pas oublier propreté efficace: 3 fois piqure savoir l'ajuster bien : 3 fois soignante insuline : 2 fois gêne : 2 fois complications très bien simple régularité : 2 fois pouvoir s'en passer impression d'être malade adaptation pour moí, ríen comprís contrôle 3 injections contrôles glycémies facile : 3 fois compliqué pas le choíx rígueur de tous les jours : 2 fois insuffisant hypoglycémies à víe moyennement acceptable pénible : 2 fois dépendance : 2 fois mal compris horaíres

difficile tentation équilibré : 2 fois contraignant frustration normal non répondu : 16 excès : 2 fois changement faim hydrates de carbone contrôle grignotage grossir peu de graisses attention sucres cachés absence de liberté légumes verts : 2 fois équilibre : 3 fois beaucoup primordial un peu tríste médiocre varíé light pas varié régulière : 3 fois non gênant tomates difficile astreignant manger de tout : 2 fois pas appétissante horaires réguliers : 3 fois mal tríste pas un problème : 2 fois un gâteau par semaine : 2 fois mal suíví temps de préparation reste sur ma faím aux heures monotone repas à l'extérieur difficiles pas de sucre : 2 fois si écart peut, sinon ... petites quantités límítes à respecter des quantités précises, pesées mon alímentation mal équilibrée participation de l'entourage privation retenue faire ce qu'il faut cuisine différente des autres dur, dur, très dur : 2 fois cité plus facile prendre du temps pour la faire petít dessert à l'as

pas de temps se passe bien changer facilité exclu mieux-être : 2 fois plus mobile jardin bricolage gêne dans la diététique stabílíté courses quotidien amélioré bonne hygiène de vie un peu de sport active absence de liberté contraíntes sommeil marche repos : 3 fois presque normal pas facile équilibré : 2 fois fatalíté vie normale sport marche champignons dynamique chasse difficile au travail surveillance journalière loisirs normal tâches ménagères fatígue travail savante difficile quand déplacements quelques frustrations porter tout avec soí bonne peu de sortíes peu d'activé physique timing beaucoup de sommeil assez convenable gâche la vie assez fatígante un peu dur peur qu'il arrive quelque chose jamais tranquille sans problème difficile par rapport aux autres équilibré

Besoin d'information

Non-réponses : 30 sur 55

Le traitement

Gérer l'alimentation Quantités de nourriture

Calcul d'insuline par rapport aux dextros

Une facilité du traitement

Incidents et inconvénients du traitement

Gestion hypoglycémies Gérer l'alimentation : 2 fois

Contraintes horaires

Les hypoglycémies sévères

Les complications

Infection

Atteinte rénale

Les yeux

La sexualité L'amputation

Impact précis sur l'organisme si déséquilibre Suivi dans les autres pays

sur le long terme

Insuffisance cardiaque

Le quotidien

Le déplacement

Les voyages, le matériel et les médicaments :

2 fois

Crainte regard des autres Crainte d'avoir cette maladie Suivi dans les autres pays

Disponibilité pour les réunions

Le surpoids L'alimentation L'exercice physique Nouvelle médication Besoin de dialogue

Cafard

Evolution de la maladie

Fièvre Pour les diabétiques/revenu

Les allergies

Le suivi

Comment évoluera mon diabète ?

Les complications pouvant apparaître au fur et à mesure des âges

EVALUATION DU QUESTIONNAIRE

Participants: 55 29 répondants

Items:

- Comment avez-vous trouvé l'intérêt de ce questionnaire ?
- Faites-nous part de vos remarques et de vos suggestions :

1^{er} item : Comment avez-vous trouvé l'intérêt de ce questionnaire ?

- « intéressant »	cité	10 fois
- « bien »	cité	6 fois
- « très bien »	cité	3 fois
- « très intéressant »	cité	2 fois
- « satisfaisant »	cité	1 fois

- « un peu indiscret »	cité	1 fois
- « valable »	cité	1 fois
- « important »	cité	1 fois
- « général »	cité	1 fois
- « bien entendu »	cité	1 fois
- « RAS »	cité	1 fois
- « sans objet »	cité	1 fois
- « pas de remarque,	cité	1 fois
ni de suggestion »		
- « bon, si c'est réalisé »	cité	1 fois
 « questionnaire intéressant 		
pour les personnes seules »	cité	1 fois
- « questionnaire très complet,		
très intéressant		
au niveau des informations	cité	1 fois
sur la maladie, le diabète »		
- « bon mais ??? en fonction de		
2 traitements, je ne sais		
souvent que dire »	cité	1 fois
- « très bon pour les statistiques »	cité	1 fois
- « tout à fait normal et correct »	cité	1 fois
- « pas assez précis »	cité	1 fois
- « précis et pertinent dans le		
cadre de la mise en place du		
projet éducatif »	cité	1 fois

2^{ème} item : Faites-nous part de vos remarques et de vos suggestions : Chaque remarque est citée une fois

- « Pour ma part, je n'ai pas besoin d'avoir des contacts avec d'autres diabétiques parce que mon médecin m'informe très bien»
- « J'espère que je vais vous aider »
- « Merci »
- « Difficultés pour certaines questions »
- « C'est seulement ensemble que l'on peut combattre un mal comme le diabète ou autre »
- « Continuer à progresser les recherches sur le diabète »
- « Pourquoi on a du diabète ? On ne pourrait pas s'en passer »
- « Parfois un peu compliqué à remplir »
- « En ce qui me concerne, la préparation des repas relève du parcours du combattant. D'où l'idée de trouver soit des plats ou repas tout prêts, ou... pour diabétiques»
- « Certaines questions paraissent compliquées mais intéressantes »
- « J'espère encore mieux une prise en charge de cette maladie pour l'avenir »
- « Il devrait y avoir souvent ce genre de questionnaire, au moins tous les ans quand on se fait hospitaliser»
- «En plus, c'est le premier questionnaire complet que je remplis en 17 ans de maladie. Je vous en remercie d'avance et continuez dans cette voie »
- « Peut-être aurait-il été bon de mettre en place un questionnaire différent en fonction du type de diabète »

« Précisez dans les questions le « sens » de graduations des évaluations (page 11 : Difficultés -= 1 et +=4 ou difficultés += 1 et -= 4) » « Equipe soignante impeccable : depuis 12 ans, même état d'esprit, écoute et accueil » « Ne rien changer, merci »

Cézanne n'a-t-il pas sublimé la lumière et les couleurs ? Ecouter, c'est un impératif (Beethoven). « La force qui est en chacun de nous est notre plus grand médecin » - Hippocrate Louis Aragon : « L'avenir, c'est ce qui dépasse la main tendue ».

Evaluation du questionnaire par les soignants

Satisfaction:

9 oui

8 non-réponses

assez satisfait : cité 1 fois tout à fait : cité 1 fois

compliqué, pas très clair : cité 1 fois

Remarques: 12 non-réponses

Modifications : 13 non-réponses

Métaplan: propositions

Remarques

Questionnaire clair et complet

Il paraît complet.

Je l'ai trouvé très complet et compréhensible.

Il est assez complet.

C'est important car il reflète bien que la prise en charge d'un patient diabétique l'est aussi.

Questionnaire très bien fait, simple, intéressant, peut-être un peu long mais il est complet. Bravo, à remplir sûrement avec aide.

Pour moi, il y a deux types d'éducation : individuel : technique (lecteur, injections) et problèmes personnels.

Modifications

Interprétation de la question « paramètres à préciser » page 3

Pour ma part, j'aurais éventuellement abordé une question sur le recueil de données qui n'est pas assez fouillé par rapport à leur mode de vie, aux difficultés qu'ils rencontrent, à leurs croyances et représentation de la maladie. Si on parle d'éducation, il faut penser à des objectifs, à un contrat d'éducation avec le patient, des actions, une évaluation. Tout ceci reste pour l'instant théorique et n'est pas réalisé. J'espère que ça viendra.

Deux groupes : des thèmes sont abordés, riches en échanges, crédibilité entre diabétiques qui ont de l'expérience. Actuellement, l'éducation individuelle est assurée dans l'ensemble ; l'éducation de groupe ne se fait qu'exceptionnellement par manque de temps, de personnel, de structures.	
Satisfaction	
Oui : il me permet d'écrire ce que je pense.	
Non, il met en évidence nos lacunes en	
éducation, une inertie de l'équipe. Je suis très	
déçue par le manque de motivation et de	
communication de l'équipe	

Remarques sur le questionnaire destiné aux patients

Questionnaire très complet, facile à remplir. Pour ma part, je voudrais bien connaître les réponses de ce questionnaire si c'est possible.

L'ACIDOCETOSE

L'acidocétose diabétique continue à l'heure actuelle de représenter un cas d'urgence médicale grave et d'entraîner un taux de mortalité de 4 à 5 % (Kitabchi A.E., Wall B.M., Endocrian Emergencies 1995 ; 79 : 9-39).

Un taux normal de corps cétoniques dans le sang peut être considéré comme inférieur à 0,6 mmol/l. Un taux supérieur à 1 mmol/l indique une hypercétonémie. Un taux dépassant 3 mmol/l révèle une acidocétose

Les frais de prise en charge médicale directs résultant de l'acidocétose diabétique représentent 28 % du coût de la prise en charge médicale direct des patients atteints de diabète de type I. Une réduction, même légère, du nombre d'épisodes d'acidocétose diabétique aurait engendré une économie de soins considérable (Javor K. et al., Diabetes care 1997; 20 (3): 349-54).

FOURRE TOUT

Il faut chercher à comprendre les représentations que le patient a de sa maladie et cerner le vécu de son patient :

- Comment a-t-il vécu l'annonce du diagnostic ?
- Est-il convaincu de la réalité de sa maladie ?
- A-t-il compris les situations à risque ?
- Est-il convaincu de l'efficacité des mesures hygiénodiététiques ?

Les médecins peuvent apprendre à communiquer avec leurs patients, à construire un projet thérapeutique avec eux et à travailler en équipe.

De l'éducation, nous en faisons tous :

Trois dimensions du savoir

- le savoir théorique : ce que cela signifie
- le savoir pratique : savoir en reconnaître les signes
- le savoir être : avoir un comportement adapté en situation

Pour l'éducation, il faut :

- définir une population-cible
- placer le problème dans son quotidien, sa qualité de vie avec les dimensions psychologiques physiques et relationnelles
- identifier les comportements sur lesquels on souhaite travailler : qui fera ? combien de ? quoi ? au bout de combien de temps ? par rapport à quel standard ?

Pour une hypertension, on définit des chiffres tensionnels, il faut définir pour chaque patient diabétique des objectifs glycémiques.

Concernant les bulles :

- manger à heures régulières
- contrôler les pulsions
- établir un régime équilibré

Les craintes :

- la peur des complications :
 - rétinopathie
 - artériopathie
 - maladie cardio-vasculaire
 - neuropathie
- la peur des hypoglycémies
- la peur des l'hyperglycémie
- la peur en rapport au travail
- d'autres craintes

Les craintes augmentent avec l'âge du patient et l'ancienneté du diabète.

Une prescription d'une nouvelle manière de vivre au nom de la recherche et une hygiène adéquate envahissante et contraignante.

Abolition d'habitudes qui structuraient jusque-là l'existence, consciemment ou non.

STOP

« Il ne suffit pas d'engranger les récoltes du savoir, du savoir-faire ni de vendanger les fruits du savoir-être et du savoir-devenir, encore faut-il accepter de les offrir pour s'agrandir ensemble. » Jacques Salomé, psychologue français – extrait de « T'es toi quand tu parles »

Que l'importance soit dans ton regard, non dans la chose regardée. (André Gide)

L'avenir, c'est ce qui dépasse la main tendue. (Louis Aragon)

Les mots et les biens de ce monde nous touchent moins par leur grandeur que notre sensibilité (La Rochefoucauld)

Il est plus facile de s'approprier ce que l'on fait plutôt que ce l'on voit ou entend. L'interdit ne nous dit pas ce que nous devons faire.

Communication

Il existe un phénomène de déperdition d'informations entre la personne qui parle et celle qui écoute : c'est la perte en ligne. Mieux vaut un indicateur imparfait plutôt que pas d'indicateur. L'objectif répond à la question « Pourquoi ? ». La trame répond à la question « Comment ? ».

L'objectif est une destination (endroit où l'on veut amener le groupe) tandis que la trame, c'est l'itinéraire emprunté pour y arriver.

L'écoute, c'est être attentif à entendre, comprendre, prendre en compte les attentes, les besoins, les opinions.

Le plan diabète

Un programme d'actions et de prévention et de prise en charge du diabète de type II pour 2002-2005 a été mis en place par le Ministère de la Santé.

Ces objectifs sont au nombre de 5 :

- prévenir le diabète par le développement de la politique nutritionnelle
- renforcer le dépistage du diabète et de ses complications par la diffusion des recommandations ANAES
- garantir à tous les diabétiques la qualité des soins
- améliorer l'organisation des soins par le développement des réseaux diabète
- aider les diabétiques à être acteurs de santé en développant l'éducation thérapeutique et en encourageant les actions de prévention dans l'environnement familial et professionnel

Une formation des soignants

Il faut permettre à chaque professionnel de devenir plus autonome, responsable, auteur et non seulement acteur d'une démarche que la confrontation au terrain ne cessera pas d'enrichir et de prolonger.

Dans l'apprentissage, 7 étapes :

- la situation de l'apprenant : environnement et facteurs individuels
- la motivation
- la structuration des connaissances par des liens appropriés
- l'expérimentation du savoir
- l'évaluation de ce qu'on a fait
- la répétition des exercices
- la généralisation visant à adapter l'utilisation de son savoir à des contextes variés

C'est le modèle de Butler en pédagogie médicale (Thouin A., Creveuil C., L'apprentissage de la médecine à la lumière du modèle de Butler, Pédagogie médicale 2001; 2 : 222-230

Ecouter pour comprendre

Afin de connaître la logique de compréhension du patient et.......... la stratégie éducative, il faudra définir des objectifs clairs et réalisables, c'est-à-dire pertinents et réalistes. C'est une véritable « stratégie du questionnement » (Docteur Rémi Gagnaire, maître de conférence de Sciences et de l'Education – UFR de Bobigny, Université Paris Nord).

Patient actif – passif

Le praticien doit tenter de mettre à jour puis de renforcer le rôle actif du patient qui ne sera plus un acteur passif de la prise en charge de son traitement.

Les essais, les erreurs aidant à fixer durablement les acquis, le patient profite des rétroinformations de la part de l'éducateur.

Pour enseigner, on s'aidera d'outils pédagogiques adaptés (classeur imagier, enseignement assisté par ordinateur, tables rondes, ateliers, jeux de rôle), des supports qui faciliteront et enrichiront le dialogue.

Les méthodes peuvent être à la fois collectives et individuelles.

L'évaluation des acquis :

Pour que l'action pédagogique soit fructueuse, il faut pouvoir la contrôler pour éventuellement l'améliorer : c'est l'évaluation des acquis du patient dont l'importance est plus grande au cours des maladies chroniques et aussi plus aisée compte tenu de la multiplication des contacts.

Comme l'a montré le Professeur D'Ivernois, tous les protocoles éducatifs doivent être évalués (Professeur J.F. D'Ivernois, Professeur de Sciences et de l'Education – UFR de Bobigny, Université Paris Nord)

Un moyen de contrôler l'efficacité des mesures éducatives est l'étude de l'observance. Celleci est de 70 % dans le meilleur des cas et toutes pathologies confondues. Le plus souvent, elle ne dépasse pas 50 % (les malades oublient la prise ou considèrent le médicament comme trop coûteux).

Plus le traitement est long, moins l'observance est bonne. Les soignants n'ont plus l'exclusivité de l'enseignement thérapeutique, ce n'est pas toujours au médecin que le patient, lorsqu'il n'est pas malade, va s'adresser pour s'instruire sur la santé.

L'auto-médication

Lorsque le patient se soigne par lui-même, il prend un risque, il y a toujours un aléa iatrogénique d'où l'importance d'une information-formation. La pédagogie de la santé, au mieux l'éducation du patient, doit être une « activité finalisée, organisée, intégrée aux soins, c'est la condition même de son efficacité ». (Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999)

La maladie chronique

Lorsque la maladie chronique survient à l'âge adulte, l'effet commun aux diverses manifestations de la maladie est de conduire le malade à reconstruire son passé de « non-malade » en le magnifiant. L'annonce du diagnostic, les contraintes associées au traitement et les aménagements nécessité dans la vie quotidienne sont des traumatismes auxquels le patient doit faire face et qui lui font regretter une vie antérieure exempte de l'expérience de la maladie. Cette nostalgie d'un âge d'or n'est pas particulièrement stimulante et porte atteinte à une dynamisation des potentialités du sujet qui varient avec l'âge.

(Diabète éducation, volume 2, n°3, 09/1991, p 29 : Une maladie chronique sur un parcours de vie (Deschamp-Le Roux C. p 29-30)

Relation médecine générale et médecine spécialisée

La durée d'une consultation est de moins de 10 minutes. Dans un tel cadre, on peut s'interroger sur la qualité des soins et de l'accompagnement. (Skelton A. Evolution not revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK. Patient Educ. Counsel 2001; 44: 23-7)

Contrôles ophtalmologiques

Des études de prévention primaire et secondaire des atteintes rétiniennes dans le diabète de type I, comme l'étude du DCCT, ont prouvé l'efficacité de la recherche d'une presque normoglycémie. Dans le groupe soumis à un traitement intensif de l'hyperglycémie avec une HbA1C moyenne de 7 %, la réduction des atteintes rétiniennes par rapport au groupe mal équilibré était de 75 % en prévention primaire et de 54 % en prévention secondaire.

(The diabetes control and complications trial group. 1993. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N. Engl. J. Med. 329: 977-986)

Dans le diabète de type II, les résultats de l'UKPDS ont également indiqué l'intérêt de contrôler l'équilibre glycémique et tensionnel pour réduire le développement des complications rétiniennes du diabète.

Avec un recul de 12 ans, la réduction est de 21 % dans le groupe bien équilibré sur le plan glycémique et 34 % dans le groupe bien contrôlé sur le plan tensionnel. (UK prospective diabetes study 1998. Tight blood pressure control and risk of macro-vascular and micro-vascular complications in type II diabetes : UKPDS 38. B. Med. J. 317 : 703-713)

L'étude du STENO dans le diabète de type II confirme qu'une prise en charge intensive et multi-factorielle d'une durée de 3,8 ans en moyenne des patients à haut risque de complications sévères (micro-albuminurie positive) permet de réduire le nombre de rétinopathies de 55 % et de diviser le nombre de cécités par 7.

(Gaede P., Vedel P., Parving H.J., Pedersen O. 1999. Intensified multifactorial intervention in patients with type II diabetes mellitus and microalbuminuria: the STENO type II randomised study. Lancet 353: 617-622)

Les pathologies cardiaques du diabétique

D'après l'enquête de Framingham, après 20 ans de suivi, les pathologies cardiaques quelles qu'elles soient sont 2 fois plus présentes chez l'homme diabétique et 3 à 5 fois plus fréquentes chez la femme diabétique que chez leurs homologues non diabétiques.

(Kannel W.B. Diabetes as a risk factor for atherosclerotic cardiovascular disease. Ed Brodoff B.M., Bleichez S.J. Diabetes mellitus and obesity, Williams and Wilkins, Baltimore/London 1982: pp 735-40)

L'analyse épidémiologique de l'essai de l'United Kingdom Prospective Study retrouve qu'une variation de 1 % d'HbA1C s'accompagne d'une variation hautement significative de même sens de 14 % d'infarctus du myocarde et de 16 % de défaillances cardiaques, et de celle

de 10 mmHg de pression artérielle systolique de 12 % d'infarctus myocardiques et de 12 % de défaillances cardiaques.

(Stratton I.M., Adler A.I., Neil H.A.W., Matthews D.R. et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type II diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. Br. Med. J. 2000; 321: 405-12) (Adler A.I., Stratton I.M., Neil H.A.W., Yudkin J.S., Matthews D.R. et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type II diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. Br. Med. J. 2000; 321: 412-9)

Une caractéristique chez le diabétique est la grande fréquence (de l'ordre de 30 %) de l'ischémie silencieuse beaucoup plus élevée que chez le non-diabétique (2 à 9 %).

(Koistinen M.J., Prevalence of asymptomatic myocardial ischemia in diabetic subjects Br.Med. J. 1990; 301: 92-5) (Cohn P.F.: Silent myocardial ischemia. Ann. Intern. Med. 1998; 109: 312-7)

Le pronostic vital du diabète de type I du sujet jeune

La mortalité totale est multipliée par 5 à 12 par rapport aux non-diabétiques de même âge et la surmortalité cardio-vasculaire s'explique surtout par les très faibles observés chez les non-diabétiques.

Le risque cardiaque est lié significativement à la présence d'une atteinte rénale exprimée en particulier par une micro-albuminurie.

(Krolewski A.S., Warram J.H., Rand L.I., Kahn C.R. Epidemiologic approach to the etiology of type I diabetes mellitus and its complications. N. Eng. J. Med. 1987; 317: 1390-98)

(Jensen T., Borch-Johnsen K., Kofoed-Enevoldsen A., Deckert T. Coronary heart disease in young type I (insulin-dependent) diabetic patients with and without diabetic nephropathy: incidence and risk factors. Diabetologia 1987; 30: 144-48)

Travail d'équipe

«L'équipe à l'hôpital et le réseau de ville et d'hôpital concernés par l'éducation ont tout intérêt à s'entendre, à parvenir un accord excluant toute ambiguïté sur ce qu'ils souhaitent que le patient apprenne. »

Gagnaire R. et coll: « Eduquer le patient asthmatique » Editions Vigo Paris 1998

« Une affection chronique va nécessiter un accompagnement où seront étroitement intriqués traitement, soutien, éducation. » Gagnaire R., Magar Y., D'Ivernois. « Eduquer le patient asthmatique » 1998 Vigo Paris p 95

Apprendre à écouter : entendre avec ses deux oreilles, apprendre à écouter, apprendre à décoder des phrases, sentir le sens du mot, de la phrase mais aussi entendre le rythme et l'intonation ; c'est apprendre à ne pas interpréter par rapport à nous.

Sont donc très importantes :

- l'écoute
- la compréhension du problème
- la sensibilisation
- l'aide psychologique
- l'aide sociale
- l'organisation des soins

- l'étude des comportements liés à la santé, ceux liés à la maladie
- l'évaluation de la compréhension de l'information transmise

(Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999)

Les facteurs de risque selon l'ADA (American Diabetes Association) sont :

- un âge supérieur ou égal à 45 ans
- un surpoids ou un IMC > 25 kg/m
- des antécédents familiaux de diabète au 1^{er} degré
- une sédentarité habituelle
- une ethnie à risque
- un antécédent de diminution de la tolérance au glucose et/ou d'hyperglycémie modérée à jeun
- un antécédent de diabète gestationnel ou de macrosomie
- une hypertension artérielle avec une pression artérielle ≥ 140/90 mmHg
- HDL cholestérol < 0,35 g/l et/ou triglycérides > 2,50 g/l
- un syndrome des ovaires polykystiques
- un antécédent de maladie cardio-vasculaire

Facteur temps

Un facteur est néanmoins essentiel : le temps que l'on consacre au patient. Chaque cas est particulier et les problèmes sont en continuel mouvement.

-

L'évaluation : elle est capitale pour vérifier la pertinence des objectifs et la qualité de la méthode pédagogique.

Introduction

Contrairement à la maladie aiguë où le soignant intervient de manière investigatrice, travailler avec des patients chroniques nécessitent un accompagnement à long terme.

Le patient doit devenir acteur.

Le rôle du soignant est de transmettre son savoir pour amener la personne à l'autonomie. De cette mise en confiance, naîtra une collaboration nécessaire entre la personne soignée et le soignant.

Contraintes les plus importantes de votre vie de diabétique

- la peur d'hypoglycémies
- l'astreinte vis-à-vis de la maladie
- la peur de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie
- les injections et les horaires
- le régime

- l'auto-surveillance
- la gêne d'être diabétique vis-à-vis des autres

La formation soignants

Les références telles qu'ancienneté, expérience, habitudes, bonne volonté, bon sens ne sont pas suffisantes.

Le nombre et la nature des informations données au patient dépassent souvent leur capacité d'assimilation

Des objectifs thérapeutiques collégiaux :

- le discours
- la relation médecin-malade : l'émission et la réception des messages

Dans une communication, il y a plusieurs filtres entre deux personnages qui sont autant de facteurs de distorsion.

Ce que je pense, Ce que je dis Ce qu'il entend Ce qu'il comprend ce que je veux exprimer

Il existe plusieurs canaux de communication, elle n'est pas seulement verbale mais peut utiliser les 5 sens pour adresser à l'autre des messages signifiants (Honnora P.C. Apprentissage de l'exercice médical 2002 – Le malade et sa maladie : communication)

- mais l'écoute a, en soi, une valeur thérapeutique mais il faut arriver à une relation empathique, c'est-à-dire « celle qui nous permet de comprendre jusqu'à un certain point le sens des actions d'autrui même lorsque nous pensons que nous aurions agi différemment ou que d'autres façons de penser ou d'agir auraient été envisageables.»

Améliorer l'empathie du médecin passe par une modification de ses motivations, de ses désirs et de ses représentations. C'est là l'ambition de formation des groupes Baliant.

La relation entre le médecin et son patient évolue depuis quelques décades.

D'une ancienne relation hippocratique, relation de confiance, de rencontre d'une confiance et d'une conscience,

à une relation plus contractuelle dans laquelle le médecin prend en compte le savoir de son patient et négocie avec lui une stratégie diagnostique et thérapeutique des plus adaptées et auxquelles ce dernier va accepter de collaborer.

La relation médecin-malade à l'épreuve du temps

Elle est nécessairement longue et progressive et implique d'intervenir à 3 niveaux :

- information du malade qui doit mieux connaître la maladie dont il souffre et les traitements qui lui sont proposés, un aspect qui évolue le plus profondément sous l'effet des associations de malades et la mise à disposition de bases de données Internet
- formation du malade qui doit apprendre à effectuer certains gestes thérapeutiques ou modifier certains gestes de la vie courante
- transformation du malade qui est conduit à modifier en profondeur son mode de vie (participation à des groupes de patients, engagement dans des actions collectives, évolution vers une prise en charge plus importante de sa propre santé).

Pour accompagner et favoriser cette démarche, le médecin est amené à s'informer et à se former lui-même mais surtout à s'engager dans un véritable processus éducatif de son malade recueillant au fil de temps les données nécessaires.

D'Ivernois et Gagnaire :

Ce qu'il a, ce qu'il sait, ce qu'il ressent, ce qu'il fait, ce qu'il croit, ce dont il a envie.

Questionnaire du patient pour lequel on émet des doutes concernant la bonne observance du traitement et/ou du régime

Analyse d'un carnet d'auto-surveillance :

- nombre total de mesures de glycémie
- nombre de glycémies pré-prandiales
- nombre de glycémies post-prandiales
- nombre de mesures de glycémie ≤ 0,60 g/l

La prescription ne sera garante d'observance que s'il s'agit d'une décision comprise, admise par le patient et assumée complètement par lui.

La médecine en France est presque exclusivement curative. Seuls 4,2 % des dépenses de santé sont alloués à des actions de prévention.

La prévention doit s'appuyer sur l'information et non sur la culpabilisation et la peur.

Création de lieux de rencontre et de communication

Suggestions de questions

Connaissez-vous des effets indésirables à votre traitement ? Pour quelles raisons avez-vous oublié votre traitement ? Que représente pour vous l'hémoglobine glyquée ? Voyez-vous un obstacle, une difficulté dans votre traitement ? Quelles sont, d'après vous, les variations acceptables de la glycémie ? Y a-t-il un moment pour vous pour prendre vos comprimés ?

Grille d'évaluation du style relationnel - test Persona (Polymanagment SA Genève)

Test de personnalité : définition et attitude thérapeutique différentes selon la personnalité des patients atteints de maladie chronique. Ce test est habituellement utilisé dans le milieu du business afin de mieux vendre, adapté pour améliorer la compliance thérapeutique. Il distingue des personnalités selon des axes d'émotion et de pouvoir.

Quatre types de personnalité sont ainsi définies :

- promouvante : extravertie-dominante
- contrôlante : introvertie-dominante
- facilitante : extravertie-consentante
- analysante : introvertie-consentante

(Golay A., Nicolet J. Psychologie et obésité : idée-force pour une pratique : le test persona – Surcharge pondérale : des théories au terrain p 11-15 année ?)

L'attitude du thérapeute en fonction de sa personnalité

Les médecins sont tous conscients que certains patients sont difficiles alors que d'autres sont plus sympathiques. Certains patients échappent à notre plan thérapeutique alors que d'autres sont compliants. Plus grave, nous pouvons même adopter une contre-attitude thérapeutique, lorsque le patient nous énerve.

La connaissance de la personnalité du patient devrait permettre d'ajuster notre attitude et d'améliorer la compliance thérapeutique.

L'attitude des médecins semble être dictée par leur personnalité. Un médecin est plus à l'aise face à un patient qui lui ressemble. A l'inverse, un médecin est moins efficace face à un patient qui a des traits de personnalité opposés aux siens.

Un médecin promouvant aura beaucoup de difficultés à traiter un patient analysant et vice versa. De même, un médecin facilitant sera moins efficace face à un patient contrôlant et l'inverse.

Connaissant sa propre personnalité, le médecin devra se méfier de ne pas induire des contreattitudes thérapeutiques face à un patient dont la personnalité est à l'opposé (promouvantanalysant et contrôlant-facilitant).

Obésité

Le patient obèse est un être humain, sensible, blessé dans son image corporelle, handicapé parfois, qui mérite encore plus d'attention que quiconque et surtout qui doit être écouté et ne jamais être rejeté en aucune circonstance.

Dans une prise en charge, le « bien-être du patient » est « numéro 1 » et notre « motivation » est « numéro 2 »

Les associations

A.F.D. (Association Française des Diabétiques)58 rue Alexandre Dumas75011 PARIS

Tél.: 01 40 09 24 25

A.J.D. (Aide aux Jeunes Diabétiques)

17 rue Gazan 75014 PARIS

Tél.: 01 44 16 89 69

A.L.F.E.D.I.A.M. (Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies métaboliques) : association de professionnels médicaux et paramédicaux

La Maison du Diabète 124 rue Raymond Derain 59700 MARCQ-EN-BAROEUIL

Tél.: 03 20 72 32 82

L.D.F. (Ligue des Diabétiques de France)

39 rue Norman-Prince

64000 PAU

Tél.: 05 59 80 29 52

Adhérer à une association de diabétiques contribue à une meilleure connaissance de la maladie et des progrès de la recherche.

Concernant l'A.F.D., fondée en 1938, reconnue d'utilité publique en 1976, des associations réparties sur tout le territoire, proposant l'information sous plusieurs formes : Revue Equilibre, Salon du Diabète, service social, juridique, assurance, brochures et autres outils d'information.

Allo Diabète, tél. 01 40 09 68 09, propose des consultations psychologiques et finance la recherche.

Contact:

58 rue Alexandre Dumas

75011 PARIS

Tél.: 01 40 09 24 25 Fax: 01 40 09 20 30

E-mail: <u>afdsiege@cybercable.fr</u> Internet: <u>http://www.afd.asso.fr</u>

L'A.J.D. (Aide aux Jeunes Diabétiques), fondée en 1953, reconnue d'utilité publique en 1967, est une structure nationale offrant un service d'entraide et d'éducation en collaboration avec les médecins pédiatres diabétologues des hôpitaux, les soignants, les familles. Elle finance la recherche et organise des rencontres, des séminaires de formation, un congrès.

Revue trimestrielle d'information, cahiers d'éducation, posters, jeux, vidéo.

Des séjours éducatifs de vacances été et hiver, des séjours parents-enfants.

Contact:

17 rue Gazan 75014 PARIS

Tél.: 01 44 16 89 69 Fax: 01 45 81 40 38

E-mail : ajd.ajd@wanadoo.fr
Internet : http://www.ajd-educ.org

La L.D.F. (Ligue des Diabétiques de France), fondée en 1940, reconnue d'utilité publique en 1984, défend les intérêts des diabétiques, la promotion de leur éducation permanente, la diffusion de toutes informations susceptibles d'y contribuer.

Sa revue trimestrielle : Diabète et Nutrition

Contact : 1 rue Ségure

64000 PAU

Tél.: 05 59 32 36 01 Fax: 05 59 72 97 75

Internet: <u>pau.liguediabetiquesfrance@worldonline.fr</u>

Le diabète en ligne

- Glossaire de la Fondation pour la Recherche Médicale http://www.frm.org/Scientifique/Sujetsfond/glossair.htm
- Site Web Diabsurf http://www.diabsurf.free.fr
- Site Web Mellitis
- $\underline{http://www-sante.ujf_grenoble.fr/SANTE/alfediam/mellitis.html}$
- Site Web Le diabète http://www.chcb.qc.ca
- Site Web de l'Association Canadienne du Diabète http://www.diabetes.ca
- Site Web AJD http://www.ajd-educ.org
- Site Web Mellodia

http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/mellodia/mellodia.htm

Le suivi glycémique des patients diabétiques de type II

Les objectifs glycémiques se traduisent en objectifs d'HbA1C (ANAES - Stratégie de prise en charge des patients diabétiques de type II à l'exclusion de la prise en charge des complications – Recommandations et références professionnelles mars 2000)

Tableau à insérer

Définition de l'obésité et du surpoids chez l'adulte (International obesity task force. About obesity London : IOTF ; 1999).

Le suivi des facteurs de risqué cardio-vasculaire (Stratégie de prise en charge des patients diabétiques de type II à l'exclusion de la prise en charge des complications – Recommandations de l'ANAES, mars 2000 – annexe 1)

Tableau à insérer

Information

Campagne de sensibilisation en faveur de la recherche en diabétologie : Dépassement dangereux : trop de sucre dans le sang = danger pour les diabétiques (Campagne 2002, presse, radio, télévision)

BIBLIOGRAPHIE

- 1. D'Ivernois J.F., Gagnayre R., 1995, Apprendre à éduquer le patient, Paris Vigo: 200 p
- 2. Sandrin Berthon, B, 2000, Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? : Sandrin Berthon, B, L'éducation au secours de la médecine, Paris, PUF 196 p
- 3. Bury J.A., 1988, Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles : De Boeck-Wesmael : 235 p
- 4. Sandrin Berthon, 2001, Eduquer un patient : comment être plus perfomant ? le rôle du praticien médecine générale tome 1 n° 549 p : 1727-1730
- 5. Albano M.J., D'Ivernois J.F., 2001, Quand les médecins se font pédagogues, quel type pédagogique...
- 6. Assal P.H., 1996, Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge, Encyclopédie médico-chirurgicale 25-005-A10, Paris Elsenier
- 7. Dépuis M., Pestiaux D., Troclet R., ?, Le médecin face au malade, être ou ne pas être en bonne santé ? p

« Celui qui n'a pas de projets n'a pas d'avenir ». (André de Peralti)

Montaigne : « Je ne me souviens pas de ce que l'on m'a enseigné mais de ce que j'ai appris. »

Antoine Prost : « Les savoirs ne se transmettent pas, ils se reconstruisent et chacun le fait pour son compte, à sa façon et suivant son propre rythme. » (éloge des pédagogues)

Proverbe chinois : « Celui qui sait qu'il ne sait pas, éduque-le, celui qui sait qu'il sait, écoute-le, celui qui ne sait pas qu'il sait, éveille-le. »

Confucius - proverbe chinois : « J'entends et j'oublie, je vois et je me souviens, je fais et je comprends.»

Lao Tseu, philosophe chinois : « Si tu donnes un poisson à un homme, il mangera un jour, si tu lui apprends à pêcher, il mangera toujours. »

Dicton africain : « Il faut plusieurs chemins pour que chacun atteigne le sommet de la montagne.»

Robert Sabatier (Les années secrètes) : « La plus parfaite éducation consiste à s'habituer à se passer de maître. »

Louis Pauwels : « L'éducation : apprendre à savoir-être. »

Jacques Salomé, psychologue français – extrait de « T'es toi quand tu parles » : « Il ne suffit pas d'engranger les récoltes du savoir, du savoir-faire et du savoir-devenir, encore faut-il accepter de les offrir pour s'agrandir ensemble. »

Joseph Joubert, moraliste français : « Pédagogie : porter en soi et avec soi cette indulgence qui fait fleurir les pensées d'autrui. »

Sénèque : « Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. »

André Gide : « Le meilleur moyen pour apprendre à se connaître, c'est de chercher à comprendre autrui. »

Antoine de Saint-Exupéry : «La vérité de demain se nourrit de l'erreur d'hier. »

André Gide : « Un bon formateur a ce souci constant : enseigner à se passer de lui. »

Antoine de Saint-Exupéry : «On ne connaît que les choses que l'on apprivoise. » (le Petit Prince)

Pierre Corneille : « A raconter ses maux, souvent on les soulage. »

J.P. Valabrega – 1962 – La relation thérapeutique : « La mort se lit en filigrane dans la maladie. »

Caring is sharing: soigner, c'est partager.

Georges Bernanos: «On se subit pas l'avenir, on le fait. »

Philippe Bouvard : « Faute d'avoir pu changer le monde, j'ai modifié ma façon de le considérer. »

« La suggestion consiste à faire dans l'esprit des autres une petite incision où l'on met une idée à soi. » (Victor Hugo)

« La force qui est en chacun de nous est notre plus grand médecin.» (Hippocrate)

« Communiquer suppose aussi des silences non pour se taire mais pour laisser un espace à la recherche des mots. » (Jacques Salomé - T'es toi quand tu parles)

« Chaque homme est une histoire qui n'est identique à aucune autre. » (Alexis Carvel - L'homme, cet inconnu)

Louis Pasteur : « Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

- « La seule façon d'accomplir est d'être. » (Lao Tseu Extrait de Tao Te King)
- « La confiance : la clef qui ouvre toutes les portes. » (Charlotte Savary Extrait de Et la lumière fut)
- « Le projet est le brouillon de l'avenir. Parfois, il faut à l'avenir des centaines de brouillons. » (Jules Renard Extrait de son journal)
- « Entendre ne veut pas dire écouter car l'ouïe est un sens mais l'écoute est un art. » (Anonyme)
- « L'expérience instruit plus sûrement que le conseil. » (André Gide Les faux monnayeurs)
- « Puisqu'on ne peut changer la direction du vent, il faut apprendre à orienter les voiles. » (James Dean)
- « L'expérience est une bougie qui n'éclaire que celui qui la porte. » (Confucius)
- <u>déjà noté</u> « J'entends et j'oublie, je vois et je me souviens, je fais et je comprends.» (Confucius)
- « Ce sont rarement les réponses qui apportent la vérité mais l'enchaînement des questions. » (Daniel Pennac Extrait de La fée carabine)
- « Le désir est signe de guérison ou d'amélioration. » (Friedrich Nietzsche Extrait de l'Humain, trop humain)
- « Hésiter, c'est déjà prendre une décision. » (Stanislas Jerzey Lec)
- « Au malade, le miel est amer. » (Sénèque)
- « Là où la volonté est grande, les difficultés diminuent. » (Nicolas Machiavel)
- « Un chemin de mille lieues commence toujours par un premier pas. » (Lao Tseu Extrait de Tao Te King)
- « Dans connaître, il y a naître. » (Victor Hugo)
- « Savoir, c'est voir en soi. » (Joseph Joubert)
- « Au lieu de me plaindre de ce que la rose a des épines, je me félicite de ce que l'épine est surmontée de roses. » (Joseph Joubert)
- « Qui s'instruit sans agir, laboure sans semer. » (proverbe arabe)

Proverbe chinois : « C'est par le bien faire que se crée le bien-être. »

- « Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences (Françoise Dolto)
- « On ne peut rien enseigner à autrui. On ne peut que l'aider à le découvrir lui-même.» (Galilée)
- « Les remèdes aux plus grandes maladies ne se trouvent pas toujours dans les pharmacies. » (Giovanni Casanova)

Paracels: « Toute médecine est amour. »

Anonyme: « C'est moi tout seul. »

« Apprendre, c'est supporter l'absence, élaborer les différences et renoncer à la toutepuissance.» F. Coutou-Coumes

« Il faut faire avec et faire contre. » (Giordan et de Vecchi – 1989)

Méditation de Saint-Augustin : « Le présent humain est toujours plein de passé et ouvert au futur. »

Des chiffres DOSSIER PATIENT

320 000 à 350 000 diabétiques seraient insulino-traités, dont 50 % environ seraient insulino-requérants (Ricordeau P., Weill A., Vallier N., Bourrel R., Fender P., Allemand D., L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine – Diabetes metab., 2000, 26 : 11-24).

? % des diabétiques de type II reçoivent une insulino-thérapie seule ou associée aux antidiabétiques oraux : Detournay B., Cross, Charbonnel B. et al. : Managing type II diabetes in France. The ECODIA survey. Diabetes metab., 2000, 26 : 363-369

L'âge moyen des diabétiques est de 63 ans et plus des 2/3 des patients sont âgés de 60 ans et plus : Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type II. La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémiants en 1998. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Salariés. Sécurité sociale. Octobre 1999

Données CNAMTS 1999 : l'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. Diabetes metab., 2000, 26 (suppl 6) : 11-24.

En France

- prévalence du diabète traité (en %) : 2,8 % taux brut des assurés sociaux traités pour diabète en France
- proportion des diabétiques traités par l'insuline : 19 %
- proportion des diabétiques recevant insuline et antidiabétiques oraux : 23 %

Aux Etats-Unis

- un diabétique sur 2 est insulino-traité

Le risque cardio-vasculaire est plus élevé chez les sujets diabétiques, estimé à 3 fois le risque des sujets non diabétiques (Stamler S., Vaccaro O., Neaton J.D., Wenthworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Diabetes care; 1993, 16, 434-444).

Le retard habituel au diagnostic de diabète de type II est estimé à 9-12 ans (Harris M.I., Klein R., Welborn T.A., Knuiman M.W.: Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. Diabetes care 1992; 15:815-819

Référence de l'étude UKPDS : 50 % des diabètes avaient une complication à l'inclusion.

Les diabétiques de type II français sont sous-insulinés en nombre : 5 à 10 % (Charbonnel B., Grimaldi A., Detournay D. et al. ECODIA. Prise en charge du diabète de type II en France. Ann. Endocrinal 1999, 60 : 274 (A)).

Assal – 1990 : « Mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la guérir correctement.»

Quel est le nombre de diabétiques en France ? Passa Ph. Diabetes Metab. 1999, 25 : 366-367

- en intensité : 17 % de diabète de type II sont à 3 injections ou plus d'insuline
- en qualité : 35 % ont une HbA1C inférieure à 7,5 %
- en rapidité de conversion : 91 % des patients sous antidiabétiques oraux avec une HbA1C > 8,5 % ne sont pas encore passés à l'insuline

La durée moyenne d'une consultation est de

- 20,6 minutes pour les généralistes français (16 minutes pour les européens)
- et 28,3 minutes pour les spécialistes français (18,6 minutes pour les européens)

le coma hyperosmolaire est mortel dans 50 % des cas

- 40 % des diabétiques français de type II sont mal contrôlés sous un traitement médicamenteux oral devenu insuffisant et seulement 10 % d'entre eux sont traités par l'insuline
- 15 % des diabétiques de type II sont d'emblée résistants au traitement anti-diabétique oral bien conduit. Parmi les traités, 5 % deviennent ultérieurement résistants à un traitement chaque année.

Principes de l'évaluation :

- 1) Où en est-on?
- 2) Est-ce qu'on progresse vers l'objet ?
- 3) Qu'est-ce qui a marché?

Mais une éducation continue est nécessaire puisque les maladies chroniques ont un processus évolutif

.GROUPE INDIVIDUEL

Groupe: individuel – collectif

Moments privilégiés de discussion et d'échanges

Un volet pratique abordé de façon individuelle

Un volet théorique abordé de façon collective

C'est par un mécanisme de réappropriation de la maladie que l'on pourra permettre une amélioration métabolique.

Intérêts d'un groupe :

- se lier
- progresser ensemble
- éviter la solitude

Entretiens individuels : le dialogue se fait de sujet à sujet, d'un soi à un autre soi.

Mais les soins demandent du temps et des compétences. L'éducation des patients demande aussi celle des professionnels et la mise en place d'une politique de santé cohérente favorable à cette approche. Les enjeux financiers ne sont pas opposés à l'atteinte d'efficience. Les patients ont des besoins plus humains que techniques.

(Deccache A., Laperche Jean, Se soigner sans médecin? Education du patient et pénurie médicale. 2001 Revue du praticien – Médecine générale, tome 15, n° 553, p 1945-47)

ENTRETIEN COLLECTIF GROUPE

Dans les réunions soignants-patient, il faut prendre en compte la place donnée au malade par le soignant et par les malades aux soignants mais aussi la place que les patients et les soignants veulent prendre.

ATS

Les sites alternatifs de contrôle capillaire :

- soft tact : avant-bras, bras, base du pouce
- One Touch Ultra: avant-bras, bras
- Freestyle : bras, base du pouce, cuisse et mollet

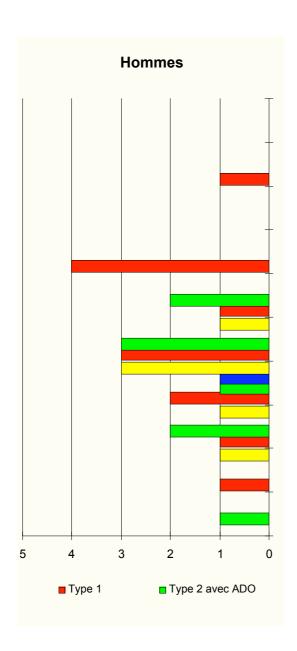
Les auto-piqueurs à usage unique en milieu hospitalier :

- Unistick 2
- embases jetables pour Glucolet
- Soft Clix Pro

95 % des patients diabétiques de type II non insulino-traités sont suivis par leur médecin généraliste seul, d'où l'importance de formation, éducation, connaissances techniques et théoriques (Ricordeau P., Weill A., Bourrel R., Vallier N., Schwartz D., Guilhot J., Fender P., Allemand H. – Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type II. Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. Paris 02/2002. Direction du service médical de la CNAMTS 92 pages.

Réseaux

94 % des patients diabétiques de type 2 sont suivis par des médecins généralistes et 89 % d'entre eux souhaitent l'intervention de structures-relais permettant une meilleure prise en charge de leurs patients – Enquête CPAM 1999.





Répartition selon le type de diabète

_

- facilitant
- analysant
- contrôlant

Les études socio-épidémiologiques ont montré que la répartition est harmonieuse à 25 % pour chaque mode de fonctionnement dans presque toutes les sociétés (Osgood C.E., Tannenbaum P.H. The princip of congruity in the prediction of attitud change. Psychol. Rev. 1955 : 62 : 42-55)

Dans les entretiens collectifs et individuels

Dans le domaine de la formation des patients, les soignants vont se trouvés confrontés à des groupes hétérogènes de patients, hétérogénéité positive, (un groupe apparemment hétérogène est beaucoup plus hétérogène que supposé).

Dans les domaines du vécu avec la maladie, de l'apprentissage sur la manière de se traiter, une hétérogénéité psychologique et intellectuelle.

Le fait qu'un malade refuse d'entrer dans un groupe hétérogène est beaucoup plus le signe d'un refus de la maladie que d'un refus du groupe.

(Assal J.P., Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris, Thérapeutique 25-005-A-10, 1996)

BIBLIOGRAPHIE

Page 1

Chauchard M.C. et al., 2001, Diabetic Foot Rev. Prat., 51(16), 5 p

page 4

Armstrong D.G., Harkless L.B. and Lavery L.A., 1998, Validation of a diabetic *normal* classification system. The contribution of depth, infection and ischemia to risk of amputation, Diabetes care 21(5), 5 p

p 5

The diabetic foot ulcer: outcome and management: in International Working Group on the Diabetic foot – International of consensus of the diabetic foot, May 1999: 48

Attuil A., Prendre soin de ses dents, Revue Equilibre, Paris p 9-13 année ****

Sever hypoglycemia in children with IDDM. Prospective population study 1992-1994. Diabetes care, 1997, 20 (4), 7 p

P 7

Després J.P., Loupien P.J., Moorgani S., et al., 1990, Regional distribution of body fat plasma lipoprotein, and cardiovascular disease arteriosclerosis, 10, 14 p

Després J.P., Nadeau A., Pouliot M.C. et al., 1992, Visceral obesity in man. Associations with glucose tolerance, plasma insulin and lipoprotein levels, Diabetes 41, 9 p

Byers T., Flanders D., Pamuk E., Thompson T.J., Thun M., Williamson D.F., 2000, Intentional weight loss and mortality among overweight individuals with diabetes, Diabetes care, 23 (10), 6 p

P 8

Charles M.A. et Coll, 2000, Actualités épidémiologiques de l'obésité et du diabète de type 2, Diabetes metab, 26, 4 p

Colditz G.A., Hu F.B., Manson J.E., Rich-Edwards J.W., Sigal R.J., Solomon C.G., Speizer F.E., Willett W.C., 1999, Walking compared with vigorous physical activity and risk on type 2 diabetes in women: prospective study, Jama, 282, 7 p

Basedevant A., Laville M., Lerebours E., Oppert J.M., 2001, Mesure des dépenses énergétiques et de l'activité physique. In : Traité de nutrition clinique, Editions Paris Flammarion Médecine-Sciences

Gauthier J.F., Lefebvre P.J., Schreen A., 1995, Exercises in the managment of non-insulin dependent type 2 diabetes mellitus, Int. J. Obesity, 19: S 58 - S 61

Devlin J.T., Hirschmann, Horton E.D., Horton E.S., 1987, Enhanced peripheral and splanchic insulin sensitivity in NIDDM men after single bout of exercise, Diabetes 36, 6 p

P 9

Boitard C., 1999, La place de l'auto-surveillance dans le traitement du diabète de type 1, Médecine Thérapeutique I, 12 p

Virally M.L. et al., 1999, Auto-surveillance glycémique et diabète de type 2, Médecine Thérapeutique I, 6 p

P 10

Charbonnel B., Passa P., Tauber J.P., 1998, L'auto-surveillance glycémique chez les diabétiques de type 2, Diabétologie et facteurs de risque, 4, 51

Halimi S., 1998, Apport de l'auto-surveillance glycémique dans la prise en charge des diabétiques insulino-dépendants et non insulino-dépendants, Diabètes et métabolisme, 24 : 15-41

Bouhanick B., Hadjad J.S., Weekers L., 2000, Devenir des aiguilles, seringues, lancettes et bandelettes pour diabétiques en l'absence d'attitude consensuelle. Analyse de 1070 questionnaires, Diabetes Metab., 26 (4), 6 p

P11

AFSSaPS - 12/1999

Canga N., De Irala J., Duaso M.J., Ferrer D., Martinez-Gonzalez M.A., Vara E., 2000, Intervention study for smoking cessation in diabetic patients. A randomized controlled trial in both clinical primary care settings, Diabetes care, 23 (10), 6 p

P 12

Richmond R.L., 1993, Addiction, 88: 1127-1135

Dupont P., 1998, Des facteurs négatifs à l'arrêt du tabagisme à propos des maladies chroniques, Diabète éducation, volume 8 n°2, 3 p

Sciel in Diab. Res. Clin. Prac., 1999, 44: 115

P 14

R. Chenet, F. Prouin, 1997, Education, Mémoire IPCEM, CHU Nice

P 15

Deschamps I., Revue Equilibre, Le conseil génétique dans le diabète, Hôpital des Enfants Malades et INSERM Unité 30, Paris année ***

Ricordeau P. et coll., 2000, L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine, Diabetes Metab., 26, 14 p

Passa P., 1999, Diabète de type 2. Le diabète une maladie fréquente et grave. Rev.Prat. Med Gen., 13 (451), 2 p

p 16

Benhamoupy PY., Charras H., Halimi S., 1993, Le coût du pied diabétique, Diabetes and Metabolism., 19,- 5 p

Ministère délégué à la santé : Programme de prise en charge et de prévention du Diabète de type 2 : 2002 – 2005

Drouin P. et al., 1999, Diagnostic et classification du diabète sucré. Les nouveaux critères, Diabetes and Metabolism, 25, 12 p

Haut Comité de Santé Publique, mai 1998, Rapport du groupe de travail. Diabète : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, 62 p

Grothaus L.C., Mculloch D.K., Newton K.M., Ramsey S.C., Sandhu N., Wagner E.H., 2001, Effect of improved glycemic control on health care cost and utilization, Jama, 285 (2), 8 p

P 17

Dever GEA, 1976, An epidemiological model for health policy analysis, Soc. Ind. Res., 2, 10 p

King H and al.,1998, Global burden of diabètes, numeral estimates, and projection, Diabetes Care, 21 (9), 18 p

Schillinger D. et al., 2003, Arch. Intern. Med., 163, 8 p

P 21

Carton M., Cerruti F.R, Grillet G., Le Guern H., Lerat D., Monnier B., 1999, Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999

Assal, 1996 [6]***

La déclaration de Saint Vincent Octobre 1989 ***

P 22

- *** Pour ce faire il paraît indispensable d'améliorer les pratiques éducatives par la mise en place d'unités d'éducation et pour trois raisons [2]
- **** Assal, 1990, « Mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la gérer correctement. »
- *** Des efforts de médecins, une participation mutuelle [3] chassant la relation directionautorité-coopération pour une négociation entre soignant et soigné

P 23

- *** établir un diagnostic éducatif [1]
- *** Les médecins sont conduits à se faire pédagogues [5

p 25

*** Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999

p 27

***Parce que l'apprentissage du patient est un processus unique, individuel, constructif et continu qui dépend en grande partie de ses connaissances antérieures (biblio).

P 29

Isommaa B. and all., 2001, Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome, Diabet. Care, 24, 4, 7 p

P 30

ANAES, 1999, Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications, Diabetes Metab., 25, suppl. 2

Recommandations de bonne pratique, 12/1999, Traitement médicamenteux du diabète de type 2, Diabetes Metab., suppl 6, 25, 79 p

***Valeurs de LDL cholestérol retenues en fonction du niveau du risque pour l'instauration d'un traitement médicamenteux (p. 29 – livre référence)

P 31

Monnier L. et al., Diabétologie et facteurs de risque, 5(42), 5 p année ***

Ohkubo et al., 1999, Le risque d'aggravation de rétinopathie et néphropathie s'élève avec l'augmentation des hyperglycémies post-prandiales, Diabetes research and clinical pratice, 28, 15 p

Recommandations de l'ALFEDIAM, 1998

P 40

Turner R.C., 1998, The UK prospective diabetes study. Review. Diabetes care, 21 suppl. 3, C 35-8

P 41

Diabetes Prevention Program Research Group: reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or Metformin, 2002, N. Engl J. Med., 346, 11 p: 393-403

Li G.W., Pan X.R., Uhu J.H et al., 1997, Effects of diet and exercise in preventing NIDDN in people with impaired glucose tolerance : the Da Quing, IGT and Diabetes Study, Diabetes care, 20, 8 p

P 42

Kitabchi A.E., Wall B.M., 1995, Endocrian Emergencies, 79, 31 p

Javor K. et al., 1997, Diabetes care, 20 (3), 6 p

Mc Namara C., Singh B.M., Wise P.H.: High variability of glycated hemoglobin concentration in patients with IDDM followed over 9 years: what is the best index of long-term glycemy control? ***

P 43

Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabet with lifestyle intervention or Metformin, 2002, N. Engl. J. Med., 346, 11 p

Jenkins A.L., Jenkins D.J.A., 1995, Nutrition principal and diabetes role for « lent carbohydrate »? Diabetes care, 18, 8 p

Fossati N., Golay A., Rieker A., Valery M., 2001, Behavourial and cognitive approach to obese persons, Diabetes Metab., 27, 7 p

Jeffery R., Kramer F., Snell M., 1989, Long term follow up of behavourial traitment for obesity: patterns of weight regain among men and women, Int. J. Obs., 13, 14 p

Hirsch J., Leibel R.L., Rosenbaum M., 1997: Obesity. N. Engl. J. Med., 337, 12 p

p 43

Horton E.S., 1988, Role et management of exercise in diabetes mellitus, Diabetes care, 11, 11 p

Berger M. et al., 1977, Metabolic and hormonal effects of muscular exercise in juvenile type diabetics, Diabetologia, 13, 11 p

P44

Berne C., Coliche V., Gautier J.F., Grimm J.J., Lobel B., Mollet E., 1998, Recommandations de l'ALFEDIAM, activité physique et diabète, Diabetes Metab., 24, 10 p

Gin H., Rigalleau V., 2000, Hyperglycémie post-prandiale et diabète, Diabetes Metab., 26 (4), 8 p

Monnier L., 2000 August 30, Is post-prandial glucose neglected cardiovascular risk factor in type 2 diabetes?, Eur. J. Clin. Invest., suppl. 2, 9 p

p 45

DECODE Study Group, 1999, Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO an American diabetes association diagnostics criteria, Lancet, 354, 5 p

Bonnora E., Muggeo M., 2001, Post-prandial blood glucose as a risk factor for cardiovascular diseases in type 2 diabetes: the epidemiological evidence, Diabetologia BEC, 44 (12), 8 p

Balkan B., 2000, Diabetes Epidemiology Collaborative Analysis of Diagnostic criterior in Europe, Diabetes Metab., 26 (4), 5 p

Charbonnel B., Cogneau J., Cros S., Detournay B., Eschwege E., Fagnani F., Grimaldi A., Liard F., 2000, Managing type 2 diabetes in France, The Ecodia survey, Diabetes Metab., 26 (5), 7 p

Référence ANAES, mars 2000, Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge de complications (recommandations).

P46

Charbonnel B., 2000, Pratique de l'insulino-thérapie en France. Résultats de l'enquête « schéma », Diabetes Metab., 26, 3 p

Monnier L. et al., 2003, Diabetes care, Contribution of fasting and postprandial plasma glucose increments to the overall diurnal hyperglycemia of type 2 diabetes, 26 (3), 1

P47

Aldington S.J., Holman R.R., Kohner E.M., Manley S.E., Matthews D.R., Stratton I.M., Turner R.C., for the UKPDS group, février 2001, UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in type 2 diabetes over 6 years of diagnosis, Diabetologia, 44, 9 p

Girerd X. et coll., 2001, Evaluation du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé, Press. Med., 30, 5 p

P48

Prise en charge intensive multi-factorielle au long cours des diabétiques de type 2, 2003, Elle réduit le risque de complications micro-vasculaires et cardio-vasculaires sévères : communication du Dr Pedersen, Danemark, IDF Paris.

Hu F.B. et al., 2001, N. Engl. J. Med., Diet lifestyle or the risk of type 2 diabetes mellitus in woman, 345, 8 p

La maison du diabète : aide et/ou alternative aux réseaux de soins, Juin 2002, Diabétologie, nutrition et facteur de risque, Volume 8-68, 3 p

p50

UK prospective diabetes study (UKPDS), 1995, Group UKPDS 16: Overview of 6 years' therapy of type 2 diabetes: progressive disease, Diabetes, 44, 10 p

UK prospective diabetes study group, 1998, Tight blood pressure control and risk of macro-vascular and micro-vascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38, BMJ, 317, 11 p

p51

Anderson B.J., Woltert H.A., 2001, Metabolic control matters: why is message lost in the translation? The need for realistic goal-sitting in diabetes care. Diabetes care, 24, 2 p

P52

Le Poids et le Moi, Bernard Waysfeld, Editions Armand Colin ***

Allemand H., Bourrel R., Fender P., Ricordeau P., Vallier N., Weill A., 2000, L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine, Diabetes Metab., 26 (supp 6), 13 p

Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations, 1999, Diabetes Metab., 25 (supp 6), 62 p

P53

Ai-je un risque podologique ? février 2003, Equilibre n° 231. A 23-27, Varroud-Vial

p54

Grenier J.L., 1998, Diabète éducation volume 8, n°2, 3 p, Diabète et pédagogie : L'éducation, une nécessité médico-économique

Deccach E.A., mars 1993, « Une approche multi-dimensionnelle de l'adhésion au traitement : un exemple en maladie chronique », Bulletin d'éducation du patient volume 12 n°1

p55

J.P. Valabrega, 1962, La relation thérapeutique

P56 citations? ***

« Il ne suffit pas d'engranger les récoltes du savoir, du savoir-faire ni de vendanger les fruits du savoir-être et du savoir-devenir, encore faut-il accepter de les offrir pour s'agrandir ensemble. » Jacques Salomé, psychologue français – extrait de « T'es toi quand tu parles »

P57

Creveuil C., Thouin A., 2001, L'apprentissage de la médecine à la lumière du modèle de Butler, Pédagogie médicale, 2, 9 p

Docteur Rémi Gagnaire, maître de conférence de Sciences et de l'Education – UFR de Bobigny, Université Paris Nord

Professeur J.F. D'Ivernois, Professeur de Sciences et de l'Education – UFR de Bobigny, Université Paris Nord

P58

Information et formation du patient, 1999, Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999)

Deschamp-Le Roux C., 09/1991, Une maladie chronique sur un parcours de vie Diabète éducation, volume 2 n°3, 2 p

Skelton A., 2001, Evolution not revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK. Patient Educ. Counsel, 44, 5 p

The diabetes control and complications trial group, 1993, The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus, N. Engl. J. Med., 329, 10 p

p 59

UK prospective diabetes study, 1998, Tight blood pressure control and risk of macro-vascular and micro-vascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38, B. Med. J., 317, 11 p

Gaede P., Parving H.J., Pedersen O., Vedel P., 1999, Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the STENO type 2 randomised study, Lancet, 353, 6 p

Kannel W.B., 1982, Diabetes as a risk factor for atherosclerotic cardiovascular disease. Ed. Brodoff B.M., Bleichez S.J. Diabetes mellitus and obesity, Williams and Wilkins, Baltimore/London, 6 p

Adler A.I., Matthews D.R., Neil H.A.W., Stratton I.M. et al., 2000, Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study, Br. Med. J., 321, 8 p

Adler A.I., Matthews D.R., Neil H.A.W., Stratton I.M., Yudkin J.S., et al., 2000, Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study, Br. Med. J., 321, 4 p

Koistinen M.J., 1990, Prevalence of asymptomatic myocardial ischemia in diabetic subjects Br. Med. J., 301: 92-5

Cohn P.F., 1998, Silent myocardial ischemia, Ann. Intern. Med., 109, 6 p

Kahn C.R., Krolewski A.S., Rand L.I., Warram J.H., 1987, Epidemiologic approach to the etiology of type 1 diabetes mellitus and its complications, N. Eng. J. Med., 317, 9 p

Borch-Johnsen K., Deckert T., Jensen T., Kofoed-Enevoldsen A., 1987, Coronary heart disease in young type 1 (insulin-dependent) diabetic patients with and without diabetic nephropathy: incidence and risk factors, Diabetologia, 30, 5 p

p60

Gagnaire R. et coll., 1998, « Eduquer le patient asthmatique », Editions Vigot Paris

D'Ivernois J.P., Gagnaire R., Magar Y., 1998, « Eduquer le patient asthmatique », Vigot Paris, 95 p

Information et formation du patient, 1999, Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999

p 61

Honnora P.C., 2002, Apprentissage de l'exercice médical – Le malade et sa maladie : communication

P63

Grille d'évaluation du style relationnel - test Persona (Polymanagment SA Genève)***

Golay A., Nicolet J., Psychologie et obésité : idée-force pour une pratique : le test persona – Surcharge pondérale : des théories au terrain, 5 p année ***

p66

ANAES, mars 2000, Stratégie de prise en charge des patients diabétiques de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications – Recommandations et références professionnelles

Définition de l'obésité et du surpoids chez l'adulte (International obesity task force. About obesity London : IOTF, 1999

Le suivi des facteurs de risque cardio-vasculaire **

Stratégie de prise en charge des patients diabétiques de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications, mars 2000, Recommandations de l'ANAES

- 1. D'Ivernois J.F., Gagnayre R., 1995, Apprendre à éduquer le patient, Paris Vigot, 200 p
- 2. Sandrin Berthon, B, 2000, Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ?, Sandrin Berthon, B, L'éducation au secours de la médecine, Paris, PUF 196 p
- 3. Bury J.A., 1988, Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications, Bruxelles, De Boeck-Wesmael : 235 p
- 4. Sandrin Berthon, 2001, Eduquer un patient : comment être plus perfomant ? le rôle du praticien, Médecine générale, tome 1 n° 549, 4 p
- 5. Albano M.J., D'Ivernois J.F., 2001, Quand les médecins se font pédagogues, quel type pédagogique...
- 6. Assal P.H., 1996, Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge, Encyclopédie médico-chirurgicale 25-005-A10, Paris Elsevier

7. Dépuis M., Pestiaux D., Troclet R., ?, Le médecin face au malade, être ou ne pas être en bonne santé ? p***

Q. soignant

La communication, c'est écouter autrui qui impose un renoncement à parler, à se justifier, à convaincre, à répondre, c'est entendre, dire et ne pas dire. Les mots ne sont plus nécessaires, c'est l'empathie.

Chiffres

Pourquoi le personnel soignant ne s'est-il pas prêté à cette démarche de réflexion sur leurs soins et un projet éducatif dans le service ?

Quelques hypothèses : absence d'opinion ? désintérêt ? manque de conviction ? personnes non concernées ? —« Encore un questionnaire ? et pourquoi faire ? » - un manque de temps ou de disponibilité ? - « Dix années se sont écoulées », c'est peut-être une complication.

Fct ds projet éducatif

Dans le travail d'éducation du patient, il ne faut pas négliger les compétences pédagogiques spécifiques requises de la part des prestataires de soins.

Diét. Pb pr patient

Les autorités de santé ont mis en place des programmes visant à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la manière de manger. Il s'agit du Plan National Nutrition Santé (P.N.S.S.) mis en place en 2001 sur la période 2001/2005.

Patient notation de l'éq. soign

« La maladie de Sachs » illustre bien que le médecin est examiné par le patient. Le patient va juger son médecin sur des critères affectifs, émotionnels plus inconscients que raisonnés.

Q patient contents équilib glyc

En fait, beaucoup de patients sont convaincus du fait que leur diabète est bien équilibré. Ils peuvent avoir développer des objectifs quelque peu différents de ceux de l'équipe soignante.

INTRODUCTION

L'acte médical est un acte d'accompagnement avant d'être un acte de soin. Face au diabète, maladie tout au long d'un parcours de vie qui commence avant son début, dont la gravité n'est pas ressentie de manière objective par les patients, les soignants sont confrontés au défi de la chronicité, médiateurs entre le malade et la médecine, le malade et la maladie.

Devant un manque d'adéquation entre les comportements des patients et les présomptions médicales, l'éducation thérapeutique va viser à définir ce qui est techniquement acceptable et ce qui est techniquement faisable pour que les soignants disparaissent et laissent le patient être le principal acteur de ces apprentissages.

En effet, si nous retenons 10 % de ce que nous disons, 20 % de ce que nous entendons seulement, 30 % de ce nous voyons seulement, 50 % de ce que nous voyons et entendons, 70 % de ce que nous disons, en parlant d'agir, 90 % de ce que nous disons en agissant, les patients ont bien besoin pour se soigner d'un savoir pur (connaissances théoriques), mais également d'un savoir-faire (mettre en pratique – savoir agir – savoir décider – savoir reconnaître) et ce afin de savoir être : un changement d'attitude, un changement de comportement, en raison d'une différence entre les connaissances et le comportement.

La démarche éducative cherchera à améliorer les capacités du patient et son cadre de vie, à développer son autonomie, à faciliter sa capacité à se situer en acteur.

Outre les besoins de soins, les patients diabétiques ont des besoins d'aide à l'acceptation de leur maladie, d'écoute, d'apprentissage, d'échanges, d'intégration de leur maladie dans la vie de tous les jours puisque rien ne sera plus comme avant.

Les patients ont une volonté se savoir, de comprendre, de pouvoir agir seul, de maîtriser.

Alors que se profile un projet de mise en œuvre d'une structure éducative des patients diabétiques dans le Service d'Endocrinologie-Diabétologie et Maladies de la nutrition du Centre Hospitalier de la Côte Basque, sous l'impulsion du Docteur Alain Cailleba, où j'exerce une fonction de médecin attaché, dans un souci et un désir d'être formée à une tâche nouvelle de prévention et de santé publique, j'ai décidé de suivre une formation à l'éducation thérapeutique des patients dispensés par l'IPSEM.

CONCLUSION

Vivre l'expérience de la maladie diabétique, d'évolution silencieuse, avec les contraintes associées au traitement, les aménagements ressentis dans le « tous les jours », les traces pour plus tard, justifie l'acquisition par les soignants de compétences psycho-pédagogiques qui ne relèvent pas de la formation médicale initiale.

124

C'est par deux questionnaires, l'un destiné aux patients, l'autre aux soignants, que j'ai souhaité évaluer :

- qualité de vie
- retentissement du diabète
- difficultés
- connaissances
- besoins
- satisfactions

C'est en fait un état des lieux de notre éducation actuelle des patients afin de faire germer les

- pour qui?
- pour quoi ?
- par qui?

conduire la démarche éducative.

Mon premier objectif était de proposer ma contribution à la création d'un dossier éducatif. L'élaboration à la construction d'un projet nécessite une définition d'objectifs à attendre clairs, mesurables et atteignables – des missions – des actions à mettre en place – des moyens nécessaires, des modalités d'évaluation.

Ce dossier perfectible, non exhaustif, est le fruit d'une réflexion personnelle qui n'a pas été soumis à l'évaluation de mes pairs et de lecteurs. Il s'agit d'une esquisse, d'un outil commun, d'un dossier partagé dans lequel des redéfinitions s'imposent, reformulations.

La lecture de ce document se compose d'une analyse du service, son activité, son fonctionnement, le personnel, les locaux.

Le recueil des données du questionnaire patient donnent une vision d'une situation de départ dans l'espoir d'un devenir pour une structure éducative.

C'est une analyse de l'existant, une identification des résultats actuels, des forces de chacun, des faiblesses, d'un travail d'équipe qui se négociera, rassemblera et concentrera les énergies de l'équipe, fédérateur et mobilisateur.

Tenter d'élaborer un projet sans autre prétention que de progresser.

La non-interprétation :

Ecouter l'autre suppose entendre ce qu'il dit véritablement, les mots exacts qu'il utilise. Il convient de diminuer au maximum notre « machine à interpréter » qui nous amène généralement à n'entendre non pas ce que disent les autres mais ce que nous croyons qu'ils disent ou voulons entendre.

Intérêt de l'auto-surveillance

Elle permet aux diabétiques de se reconnaître comme tels.

Q soignant

Il existe une dimension non verbale de la communication au travers des gestes des patients, des mimiques. Il y a le langage des émotions, des intentions et des désirs.

Les patients ont un savoir et une expérience qui sont d'un autre ordre que ceux des soignants. C'est en cela que le partenariat peut être fructueux dans une démarche éducative. (déjà dit je crois)

Atelier culinaire

Les patients signalent des difficultés diététiques, créer une cuisine pédagogique animée par les diététiciennes favoriseraient l'échange d'expériences, l'échange d'impressions, de commentaires, de questions, une application pratique des connaissances.

? envisager des séances supermarché, sans blouse blanche, sans pyjama, dans un cadre de la vie courante.

Relation patient-soignant

Il y a des connaissances, des représentations du rationnel et de l'irrationnel, du conscient et de l'inconscient. Patients et soignants sont, croient, redoutent, espèrent.

Créer un climat qui favorise une facilité à raconter leur vie pour mieux la déglutir.

Remerciements

Pour l'équipe

Par leurs conseils, ils ont contribué à la réalisation de cette réflexion.

Santé vécue – diag

Il existe une représentation de sa pathologie par le soigné et une réalité de sa pathologie par le soignant. D'après Karl Rogers, l'empathie « Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne, sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue « comme si ». »

Mots-clé

Maladie chronique – éducation thérapeutique – auto-soin – psychologie du patient – analyse des besoins éducatifs – diagnostic éducatif – méthodes et démarches pédagogiques – techniques et outils pédagogiques

CAT hypo Légère et modérée : 3 morceaux de sucre

ou

1 verre de soda ou de jus de fruits sucré (pas de produit « sans sucre ajouté »)

ou

1 cuillerée à soupe de confiture

puis des sucres lents : pain

biscottes biscuits

Remerciements

« Au malade, le miel est amer. » Sénèque

Cézanne n'a-t-il pas sublimé la lumière et les couleurs ?

Dans un univers sonore, que d'œuvres écrites par Beethoven!

Aux patients qui ont adhéré à notre proposition de remplir un questionnaire

Au Docteur A. Cailleba, chef du service d'Endocrinologie-Diabétologie et Maladies de la nutrition du Centre Hospitalier de la Côte Basque

A son assistante, le Docteur L. Ritz-Quillacq

Aux internes de ce semestre

A Madame N. Dicharry, surveillante

A toute l'équipe soignante

A ma famille, mes amis, pour leur patience, compréhension et aide précieuse

A Madame M. Michel pour son travail dans l'élaboration des questionnaires

A Madame J. Hitce pour ses compétences dans la frappe de ce travail, sa mobilisation et son soutien actif

C'est quoi l'éducation?

Définition de l'éducation thérapeutique : « L'éducation thérapeutique de patients devrait permettre au patient d'acquérir et conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie.

Il s'agit par conséquent d'un processus permanent intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation thérapeutique implique l'organisation d'activités de sensibilisation,

d'information, de l'apprentissage de l'auto-gestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et leur planification et les comportements de santé et de maladie.

Elle vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et ses traitements, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

Biblio:

Report of WHO working group on therapeutic patients education. Continuing education programs of health care providers in the field of prevention of chronic diseases, 1998, WHO-Euro, Copenhagen

Des chiffres

Le diabète : un des plus grands facteurs de risque de dysfonction érectile (Costabile R. et al., 2003, Optimizing treatment for diabetes mellitus indiced erectil dysfunction, The Journal of Urology, 170 : 5 p

60 % des patients diabétiques avec dysfonction érectile souhaitent une prise en charge (Lemaire A. et al., septembre 2003, L'expérience de l'ADIRS, Association de Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité, Réseaux diabète, 2 p)

L'ANAES recommande une recherche annuelle : « Il convient, une fois par an, de rechercher par l'interrogatoire les principaux symptômes d'une éventuelle neuropathie autonome à expression clinique : hypotension orthostatique, troubles digestifs, anomalies de la vidange vésicale, impuissance. » (Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications, ANAES, mars 2000)

Titre tableau acceptation de la maladie

Comportement lié aux phases d'acceptation d'une maladie

(Assal J.P., Lacroix A.: le processus d'acceptation d'une maladie chronique: quel rôle pour les soignants dans l'accompagnement des malades diabétiques? 1994, Québec, le diabète sucré, 2^{ème} éd., chapitre 21, Ed. Edisem-Maloine)

L'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) a été établi, en 1999, des recommandations sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Diabetes and Metab., Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : texte long, argumentaire, 12/1999, sup. 6, vol. 25, Edit. Masson, 79 p

Information

De nombreuses actions de communications sont lancées pour sensibiliser l'opinion publique et les diabétiques avec pour slogan :

« L'insouciance, le diabète me l'a piquée »

« Il y a des enfants qui aimeraient jouer moins souvent au docteur »

INTRODUCTION

Si le médecin se donne d'abord pour mission de soulager, de soigner et parfois de guérir, alors et sauf dans la guérison, le diabète en est un exemple.

BIBLIOGRAPHIE

Page 1

Chauchard M.C. et al., 2001, Diabetic Foot Rev. Prat., 51(16), 5 p

page 4

Armstrong D.G., Harkless L.B. and Lavery L.A., 1998, Validation of a diabetic *normal* classification system. The contribution of depth, infection and ischemia to risk of amputation, Diabetes care 21(5), 5 p

p 5

The diabetic foot ulcer: outcome and management: in International Working Group on the Diabetic foot – International of consensus of the diabetic foot, May 1999: 48

Attuil A., Prendre soin de ses dents, Revue Equilibre, Paris p 9-13 année ****

Sever hypoglycemia in children with IDDM. Prospective population study 1992-1994. Diabetes care, 1997, 20 (4), 7 p

P 7

Després J.P., Loupien P.J., Moorgani S., et al., 1990, Regional distribution of body fat plasma lipoprotein, and cardiovascular disease arteriosclerosis, 10, 14 p

Després J.P., Nadeau A., Pouliot M.C. et al., 1992, Visceral obesity in man. Associations with glucose tolerance, plasma insulin and lipoprotein levels, Diabetes 41, 9 p

Byers T. , Flanders D., Pamuk E., Thompson T.J., Thun M., Williamson D.F., 2000, Intentional weight loss and mortality among overweight individuals with diabetes, Diabetes care, $23\ (10)$, $6\ p$

P 8

Charles M.A. et Coll, 2000, Actualités épidémiologiques de l'obésité et du diabète de type 2, Diabetes metab, 26, 4 p

Colditz G.A., Hu F.B., Manson J.E., Rich-Edwards J.W., Sigal R.J., Solomon C.G., Speizer F.E., Willett W.C., 1999, Walking compared with vigorous physical activity and risk on type 2 diabetes in women: prospective study, Jama, 282, 7 p

Basedevant A., Laville M., Lerebours E., Oppert J.M., 2001, Mesure des dépenses énergétiques et de l'activité physique. In : Traité de nutrition clinique, Editions Paris Flammarion Médecine-Sciences

Gauthier J.F., Lefebvre P.J., Schreen A., 1995, Exercises in the managment of non-insulin dependent type 2 diabetes mellitus, Int. J. Obesity, 19: S 58 - S 61

Devlin J.T., Hirschmann, Horton E.D., Horton E.S., 1987, Enhanced peripheral and splanchic insulin sensitivity in NIDDM men after single bout of exercise, Diabetes 36, 6 p

P 9

Boitard C., 1999, La place de l'auto-surveillance dans le traitement du diabète de type 1, Médecine Thérapeutique I, 12 p

Virally M.L. et al., 1999, Auto-surveillance glycémique et diabète de type 2, Médecine Thérapeutique I, 6 p

P 10

Charbonnel B., Passa P., Tauber J.P., 1998, L'auto-surveillance glycémique chez les diabétiques de type 2, Diabétologie et facteurs de risque, 4, 51

Halimi S., 1998, Apport de l'auto-surveillance glycémique dans la prise en charge des diabétiques insulino-dépendants et non insulino-dépendants, Diabètes et métabolisme, 24 : 15-41

Bouhanick B., Hadjad J.S., Weekers L., 2000, Devenir des aiguilles, seringues, lancettes et bandelettes pour diabétiques en l'absence d'attitude consensuelle. Analyse de 1070 questionnaires, Diabetes Metab., 26 (4), 6 p

P11

AFSSaPS - 12/1999

Canga N., De Irala J., Duaso M.J., Ferrer D., Martinez-Gonzalez M.A., Vara E., 2000, Intervention study for smoking cessation in diabetic patients. A randomized controlled trial in both clinical primary care settings, Diabetes care, 23 (10), 6 p

P 12

Richmond R.L., 1993, Addiction, 88: 1127-1135

Dupont P., 1998, Des facteurs négatifs à l'arrêt du tabagisme à propos des maladies chroniques, Diabète éducation, volume 8 n°2, 3 p

Sciel in Diab. Res. Clin. Prac., 1999, 44: 115

P 14

R. Chenet, F. Prouin, 1997, Education, Mémoire IPCEM, CHU Nice

P 15

Deschamps I., Revue Equilibre, Le conseil génétique dans le diabète, Hôpital des Enfants Malades et INSERM Unité 30, Paris

année ***

Ricordeau P. et coll., 2000, L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine, Diabetes Metab., 26, 14 p

Passa P., 1999, Diabète de type 2. Le diabète une maladie fréquente et grave. Rev.Prat. Med Gen., 13 (451), 2 p

p 16

Benhamoupy PY., Charras H., Halimi S., 1993, Le coût du pied diabétique, Diabetes and Metabolism., 19,- 5 p

Ministère délégué à la santé : Programme de prise en charge et de prévention du Diabète de type 2 : 2002 – 2005

Drouin P. et al., 1999, Diagnostic et classification du diabète sucré. Les nouveaux critères, Diabetes and Metabolism, 25, 12 p

Haut Comité de Santé Publique, mai 1998, Rapport du groupe de travail. Diabète : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, 62 p

Grothaus L.C., Mculloch D.K., Newton K.M., Ramsey S.C., Sandhu N., Wagner E.H., 2001, Effect of improved glycemic control on health care cost and utilization, Jama, 285 (2), 8 p

P 17

Dever GEA, 1976, An epidemiological model for health policy analysis, Soc. Ind. Res., 2, 10 p

King H and al.,1998, Global burden of diabètes, numeral estimates, and projection, Diabetes Care, 21 (9), 18 p

Schillinger D. et al., 2003, Arch. Intern. Med., 163, 8 p

P 21

Carton M., Cerruti F.R, Grillet G., Le Guern H., Lerat D., Monnier B., 1999, Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999

Assal, 1996 [6]***

La déclaration de Saint Vincent Octobre 1989 ***

P 22

- *** Pour ce faire il paraît indispensable d'améliorer les pratiques éducatives par la mise en place d'unités d'éducation et pour trois raisons [2]
- **** Assal, 1990, « Mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la gérer correctement. »
- *** Des efforts de médecins, une participation mutuelle [3] chassant la relation directionautorité-coopération pour une négociation entre soignant et soigné

P 23

*** établir un diagnostic éducatif [1]

*** Les médecins sont conduits à se faire pédagogues [5

p 25

*** Information et formation du patient. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999

p 27

***Parce que l'apprentissage du patient est un processus unique, individuel, constructif et continu qui dépend en grande partie de ses connaissances antérieures (biblio).

P 29

Isommaa B. and all., 2001, Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome, Diabet. Care, 24, 4, 7 p

P 30

ANAES, 1999, Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications, Diabetes Metab., 25, suppl. 2

Recommandations de bonne pratique, 12/1999, Traitement médicamenteux du diabète de type 2, Diabetes Metab., suppl 6, 25, 79 p

***Valeurs de LDL cholestérol retenues en fonction du niveau du risque pour l'instauration d'un traitement médicamenteux (p. 29 – livre référence)

P 31

Monnier L. et al., Diabétologie et facteurs de risque, 5(42), 5 p année ***

Ohkubo et al., 1999, Le risque d'aggravation de rétinopathie et néphropathie s'élève avec l'augmentation des hyperglycémies post-prandiales, Diabetes research and clinical pratice, 28, 15 p

Recommandations de l'ALFEDIAM, 1998

P 40

Turner R.C., 1998, The UK prospective diabetes study. Review. Diabetes care, 21 suppl. 3, C 35-8

P 41

Diabetes Prevention Program Research Group: reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or Metformin, 2002, N. Engl J. Med., 346, 11 p: 393-403

Li G.W., Pan X.R., Uhu J.H et al., 1997, Effects of diet and exercise in preventing NIDDN in people with impaired glucose tolerance : the Da Quing, IGT and Diabetes Study, Diabetes care, 20, 8 p

P 42

Kitabchi A.E., Wall B.M., 1995, Endocrian Emergencies, 79, 31 p

Javor K. et al., 1997, Diabetes care, 20 (3), 6 p

Mc Namara C., Singh B.M., Wise P.H.: High variability of glycated hemoglobin concentration in patients with IDDM followed over 9 years: what is the best index of long-term glycemy control? ***

P 43

Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabet with lifestyle intervention or Metformin, 2002, N. Engl. J. Med., 346, 11 p

Jenkins A.L., Jenkins D.J.A., 1995, Nutrition principal and diabetes role for « lent carbohydrate »? Diabetes care, 18, 8 p

Fossati N., Golay A., Rieker A., Valery M., 2001, Behavourial and cognitive approach to obese persons, Diabetes Metab., 27, 7 p

Jeffery R., Kramer F., Snell M., 1989, Long term follow up of behavourial traitment for obesity: patterns of weight regain among men and women, Int. J. Obs., 13, 14 p

Hirsch J., Leibel R.L., Rosenbaum M., 1997: Obesity. N. Engl. J. Med., 337, 12 p

p 43

Horton E.S., 1988, Role et management of exercise in diabetes mellitus, Diabetes care, 11, 11 p

Berger M. et al., 1977, Metabolic and hormonal effects of muscular exercise in juvenile type diabetics, Diabetologia, 13, 11 p

P44

Berne C., Coliche V., Gautier J.F., Grimm J.J., Lobel B., Mollet E., 1998, Recommandations de l'ALFEDIAM, activité physique et diabète, Diabetes Metab., 24, 10 p

Gin H., Rigalleau V., 2000, Hyperglycémie post-prandiale et diabète, Diabetes Metab., 26 (4), 8 p

Monnier L., 2000 August 30, Is post-prandial glucose neglected cardiovascular risk factor in type 2 diabetes?, Eur. J. Clin. Invest., suppl. 2, 9 p

p 45

DECODE Study Group, 1999, Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO an American diabetes association diagnostics criteria, Lancet, 354, 5 p

Bonnora E., Muggeo M., 2001, Post-prandial blood glucose as a risk factor for cardiovascular diseases in type 2 diabetes: the epidemiological evidence, Diabetologia BEC, 44 (12), 8 p

Balkan B., 2000, Diabetes Epidemiology Collaborative Analysis of Diagnostic criterior in Europe, Diabetes Metab., 26 (4), 5 p

Charbonnel B., Cogneau J., Cros S., Detournay B., Eschwege E., Fagnani F., Grimaldi A., Liard F., 2000, Managing type 2 diabetes in France, The Ecodia survey, Diabetes Metab., 26 (5), 7 p

Référence ANAES, mars 2000, Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge de complications (recommandations).

P46

Charbonnel B., 2000, Pratique de l'insulino-thérapie en France. Résultats de l'enquête « schéma », Diabetes Metab., 26, 3 p

Monnier L. et al., 2003, Diabetes care, Contribution of fasting and postprandial plasma glucose increments to the overall diurnal hyperglycemia of type 2 diabetes, 26 (3), 1

P47

Aldington S.J., Holman R.R., Kohner E.M., Manley S.E., Matthews D.R., Stratton I.M., Turner R.C., for the UKPDS group, février 2001, UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in type 2 diabetes over 6 years of diagnosis, Diabetologia, 44, 9 p

Girerd X. et coll., 2001, Evaluation du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé, Press. Med., 30, 5 p

P48

Prise en charge intensive multi-factorielle au long cours des diabétiques de type 2, 2003, Elle réduit le risque de complications micro-vasculaires et cardio-vasculaires sévères : communication du Dr Pedersen, Danemark, IDF Paris.

Hu F.B. et al., 2001, N. Engl. J. Med., Diet lifestyle or the risk of type 2 diabetes mellitus in woman, 345, 8 p

La maison du diabète : aide et/ou alternative aux réseaux de soins, Juin 2002, Diabétologie, nutrition et facteur de risque, Volume 8-68, 3 p

p50

UK prospective diabetes study (UKPDS), 1995, Group UKPDS 16: Overview of 6 years' therapy of type 2 diabetes: progressive disease, Diabetes, 44, 10 p

UK prospective diabetes study group, 1998, Tight blood pressure control and risk of macrovascular and micro-vascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38, BMJ, 317, 11 p

p51

Anderson B.J., Woltert H.A., 2001, Metabolic control matters: why is message lost in the translation? The need for realistic goal-sitting in diabetes care. Diabetes care, 24, 2 p

P52

Le Poids et le Moi, Bernard Waysfeld, Editions Armand Colin ***

Allemand H., Bourrel R., Fender P., Ricordeau P., Vallier N., Weill A., 2000, L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine, Diabetes Metab., 26 (supp 6), 13 p

Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations, 1999, Diabetes Metab., 25 (supp 6), 62 p

P53

Ai-je un risque podologique ? février 2003, Equilibre n° 231. A 23-27, Varroud-Vial

p54

Grenier J.L., 1998, Diabète éducation volume 8, n°2, 3 p, Diabète et pédagogie : L'éducation, une nécessité médico-économique

Deccach E.A., mars 1993, « Une approche multi-dimensionnelle de l'adhésion au traitement : un exemple en maladie chronique », Bulletin d'éducation du patient volume 12 n°1

p55

J.P. Valabrega, 1962, La relation thérapeutique

P56 citations? ***

« Il ne suffit pas d'engranger les récoltes du savoir, du savoir-faire ni de vendanger les fruits du savoir-être et du savoir-devenir, encore faut-il accepter de les offrir pour s'agrandir ensemble. » Jacques Salomé, psychologue français – extrait de « T'es toi quand tu parles »

P57

Creveuil C., Thouin A., 2001, L'apprentissage de la médecine à la lumière du modèle de Butler, Pédagogie médicale, 2, 9 p

Docteur Rémi Gagnaire, maître de conférence de Sciences et de l'Education – UFR de Bobigny, Université Paris Nord

Professeur J.F. D'Ivernois, Professeur de Sciences et de l'Education – UFR de Bobigny, Université Paris Nord

P58

Information et formation du patient, 1999, Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999)

Deschamp-Le Roux C., 09/1991, Une maladie chronique sur un parcours de vie Diabète éducation, volume $2~\rm{n}^{\circ}3,~2~\rm{p}$

Skelton A., 2001, Evolution not revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK. Patient Educ. Counsel, 44, 5 p

The diabetes control and complications trial group, 1993, The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus, N. Engl. J. Med., 329, 10 p

p 59

UK prospective diabetes study, 1998, Tight blood pressure control and risk of macro-vascular and micro-vascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38, B. Med. J., 317, 11 p

Gaede P., Parving H.J., Pedersen O., Vedel P., 1999, Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the STENO type 2 randomised study, Lancet, 353, 6 p

Kannel W.B., 1982, Diabetes as a risk factor for atherosclerotic cardiovascular disease. Ed. Brodoff B.M., Bleichez S.J. Diabetes mellitus and obesity, Williams and Wilkins, Baltimore/London, 6 p

Adler A.I., Matthews D.R., Neil H.A.W., Stratton I.M. et al., 2000, Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study, Br. Med. J., 321, 8 p

Adler A.I., Matthews D.R., Neil H.A.W., Stratton I.M., Yudkin J.S., et al., 2000, Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study, Br. Med. J., 321, 4 p

Koistinen M.J., 1990, Prevalence of asymptomatic myocardial ischemia in diabetic subjects Br. Med. J., 301: 92-5

Cohn P.F., 1998, Silent myocardial ischemia, Ann. Intern. Med., 109, 6 p

Kahn C.R., Krolewski A.S., Rand L.I., Warram J.H., 1987, Epidemiologic approach to the etiology of type 1 diabetes mellitus and its complications, N. Eng. J. Med., 317, 9 p

Borch-Johnsen K., Deckert T., Jensen T., Kofoed-Enevoldsen A., 1987, Coronary heart disease in young type 1 (insulin-dependent) diabetic patients with and without diabetic nephropathy: incidence and risk factors, Diabetologia, 30, 5 p

p60

Gagnaire R. et coll., 1998, « Eduquer le patient asthmatique », Editions Vigot Paris

D'Ivernois J.P., Gagnaire R., Magar Y., 1998, « Eduquer le patient asthmatique », Vigot Paris, 95 p

Information et formation du patient, 1999, Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999

p 61

Honnora P.C., 2002, Apprentissage de l'exercice médical – Le malade et sa maladie : communication

P63

Grille d'évaluation du style relationnel - test Persona (Polymanagment SA Genève)***

Golay A., Nicolet J., Psychologie et obésité : idée-force pour une pratique : le test persona – Surcharge pondérale : des théories au terrain, 5 p année ***

p66

ANAES, mars 2000, Stratégie de prise en charge des patients diabétiques de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications – Recommandations et références professionnelles

Définition de l'obésité et du surpoids chez l'adulte (International obesity task force. About obesity London : IOTF, 1999

Le suivi des facteurs de risque cardio-vasculaire **

Stratégie de prise en charge des patients diabétiques de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications, mars 2000, Recommandations de l'ANAES

- 1. D'Ivernois J.F., Gagnayre R., 1995, Apprendre à éduquer le patient, Paris Vigot, 200 p
- 2. Sandrin Berthon, B, 2000, Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ?, Sandrin Berthon, B, L'éducation au secours de la médecine, Paris, PUF 196 p
- 3. Bury J.A., 1988, Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications, Bruxelles, De Boeck-Wesmael : 235 p
- 4. Sandrin Berthon, 2001, Eduquer un patient : comment être plus perfomant ? le rôle du praticien, Médecine générale, tome 1 n° 549, 4 p
- 5. Albano M.J., D'Ivernois J.F., 2001, Quand les médecins se font pédagogues, quel type pédagogique...
- 6. Assal P.H., 1996, Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge, Encyclopédie médico-chirurgicale 25-005-A10, Paris Elsevier
- 7. Dépuis M., Pestiaux D., Troclet R., ?, Le médecin face au malade, être ou ne pas être en bonne santé ? p***

Santé vécue diagnostiquée

Les symptômes ne sont pas décodés de la même manière entre les patients et l'équipe soignante.

Questionnaire patient

L'hémoglobine glyquée, c'est quoi?

37 % n'en connaissent pas la signification.

56 % la connaissent.

7 % sont sans réponse.

Ils connaissent leur dernier résultat pour 51 % tandis 45 % l'ignorent – 4 % de non-réponses.

????(chiffre) 27 % ne répondent pas quant à la fréquence de leur dosage d'hémoglobine glyquée en une année.

24 % effectuent ce dosage 4 fois par an.

16 % sont à 3 fois par an

11 % ne se prononcent pas

4 patients sur 55 pratiquent le dosage une fois par an, 3 patients plus de 4 fois par an et 2 patients jamais.

Quant à l'attitude face à une hypoglycémie préventive ou corrective, ils sont équipés :

- 40 % ont généralement du sucre sur eux, mais jamais pour 33 %.
- Rarement et souvent pour 11 %
- 5 % de non-réponses

S'ils pratiquent une auto-surveillance glycémique, ils sont :

- 53 % à ne pas avoir d'objectif glycémique
- 38 % ont un objectif, mais lequel?
- 38 % ne répondent pas

Y a-t-il une différence entre ce qu'ils veulent exprimer et ce que nous entendons, qu'il s'agisse de leur médecin généraliste ou spécialiste, c'est quelquefois pour XX %.

Le taux de non-réponses est important, prédominant pour les médecins spécialistes, c'est très souvent et souvent respectivement relevés à XX% et XX %, un message qui passerait de manière différente entre médecins généralistes et spécialistes.

Concernant le nombre de médecins diabétologues consultés durant ces cinq dernières années, il est de :

- 1 pour XX %
- 2 pour XX %
- 3 pour XX %
- 4 pour XX %
- aucun pour XX %

Les XX % ont consulté 7 diabétologues.

Changer de diabétologue n'est peut-être pas une fin en soi. Est-ce pour le désir pour le patient de changer d'équilibre glycémique ?

Concernant la mise en place d'une structure éducative, leur degré d'intérêt s'établit comme suit :

- n° 1 : le régime alimentaire
- n° 2 : les complications
- n° 3: l'aménagement des doses d'insuline
- n° 4 : les mécanismes d'action des traitements par comprimés ou/et insuline
- n° 5 : le diabète lui-même
- n° 6 : la gestion des activités physiques
- n° 7: les soins des pieds
- n° 8 : les nouveautés

Dans leur évaluation, des difficultés et inconvénients rencontrés, allant décroissantes, elles sont :

- le régime alimentaire
- les hypoglycémies
- le regard des autres et la gêne d'être diabétique vis-à-vis des autres
- la sexualité

- le traitement par insuline et/ou par comprimés

L'auto-surveillance n'est pas un souci.

A noter un taux de non-réponses : 27 % (une difficulté de compréhension de la consigne)

XXX Les patients ont un savoir et une expérience qui sont d'un autre ordre que ceux des soignants. C'est en cela que le partenariat peut être fructueux dans une démarche éducative.