

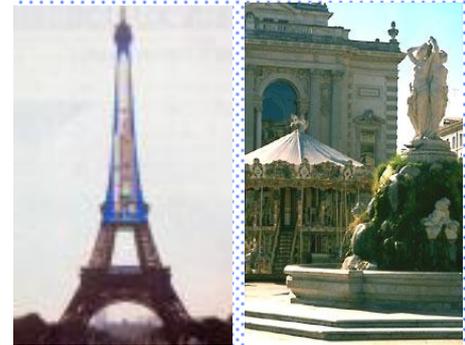
## Editorial

### Un au revoir tout simplement ...

**Nathalie MASSEBOEUF,**  
Diététicienne, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (Paris)  
Présidente d'honneur ALFEDIAM paramédical

Fidèle à l'ALFEDIAM paramédical depuis 1991, j'ai en ce début d'année 2004 l'immense satisfaction de passer le flambeau à notre nouvelle présidente Odile LAUTIER, infirmière à Montpellier. Tout au long de mon parcours « alfediamien », si je puis dire, j'ai émis la volonté d'évoluer et de progresser. Ainsi, je n'ai pas hésité à me lancer vers des responsabilités de secrétaire générale, puis de présidente, pour toujours tendre vers plus de qualité professionnelle, ainsi que personnelle. Cette démarche a donné un autre sens à mes activités et certainement aussi à ma vie. En effet, mettre en place des projets représente pour moi une source de contentement. Ce que j'ai trouvé au sein de cette association, c'est de pouvoir élargir l'espace dans lequel j'évolue, de pouvoir communiquer avec d'autres professionnels et de participer aux projets et aux décisions institutionnels. Cette présidence m'a permis de me familiariser avec l'animation d'une équipe, de fixer des objectifs, de conduire des réunions, de gérer des budgets, de contrôler l'application des règles définies par l'association, de coordonner des guides de bonnes pratiques, de collaborer avec les médecins de l'ALFEDIAM, les patients (AFD, Maisons du diabète...), la revue Soins et l'industrie pharmaceutique. J'ai pu également appréhender, certes avec beaucoup d'anxiété, l'organisation de journées de formation lors du congrès de printemps et en automne. Par ailleurs, j'ai pris part, à mon humble niveau, à l'amélioration de l'organisation des soins, en participant au comité de pilotage du plan national diabète du ministère de la santé. Ma qualité première, paraît-il, est liée à un sens de l'innovation et de l'ouverture vers d'autres pratiques professionnelles. J'ai toujours envisagé ma fonction de présidente comme un rôle de coordonnateur, c'est-à-dire celui qui favorise la cohérence et qui donne du sens justement. Selon moi, cette dimension favorise le dynamisme, la fidélisation, l'investissement, la valorisation et la reconnaissance de tous les membres. Mais tout ça, n'aurait pas été possible sans le travail des membres du Conseil d'Administration et du Comité Scientifique. Entre autre, je remercie amicalement Odile LAUTIER, pour son franc parler languedocien, Laurence LERIDON, pour son spontanéité, Dorothee ROMAND, pour sa complicité, Patricia COHEN-SOLAL, pour sa bienveillance, Michelle JOLY, pour sa générosité, Caroline FOUQUET, pour sa malice, Danielle DURAIN, pour son éloquence, Béatrice HANICOTTE, pour sa rigueur et Patricia FIQUET, pour son esprit vif. Une pensée toute particulière à nos anciennes présidentes, que je vais rejoindre au conseil des sages. Tout d'abord, Marie-Laure COTTEZ, qui a toujours su montrer de la détermination et du courage. Aussi, Florence ROSSI, qui est devenue une amie. Enfin, je remercie les médecins qui m'ont fait confiance les Pr. PASSA, CHARBONNEL, HANAIRE-BROUTIN et BAUDUCEAU. Pour conclure, je souhaite à Odile et à son équipe autant d'événements agréables que j'ai pu partager. Qu'elles puissent permettre à l'ALFEDIAM paramédical d'être meilleure encore.

N°30  
Hiver 2003-2004



## Sommaire

**Page 1 : Editorial**

*Par Nathalie Masseboeuf*

**Page 2 – 4 : IDF Paris 2003**

*Par Marie-Laure Cottez*

**Résumés d'interventions de :**

**K. Kapur, Inde et**

**S. Khoury, Israël**

*Par Dorothee Romand*

**Page 5 : Le Diabète en Afrique**

*Par G. Bonsou*

**Page 8 : Prix ALFEDIAM**

**Paramédical – Novo-Nordisk 2002**

**Bien manger quand on est un petit lutin,**

*Par F. Voisin et F. Strnad.*

**Page 9 : « Equilibre » -  
Programme d'éducation  
thérapeutique**

*par Dr Adrian Serban*

**Page 11 : Revue de presse**

*Par C. Fouquet*

**Page 12 :- Diabète – Nice 2004**

**Programme paramédical**

**Marie-Laure COTTEZ**

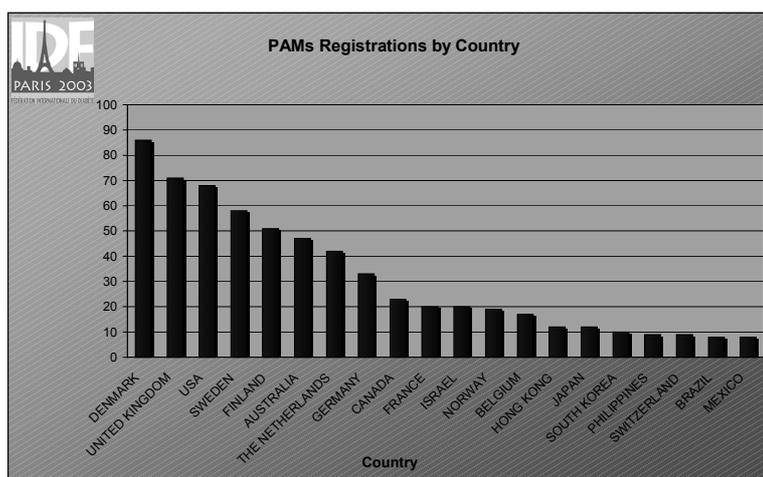
**Présidente du Comité PAM's de l'IDF - Présidente d'honneur ALFEDIAM paramédical**

Ce fut une grande et belle expérience que de participer à la réalisation d'un congrès mondial. Je crois que les efforts de tous les organisateurs ont été récompensés car ce fut un « Grand Congrès ». Il a réuni à Paris fin Août presque 17.000 personnes ( 16.640 inscrits + 350 badges distribués sur invitations ).

La qualité du programme et de l'organisation semble être reconnue par la communauté diabétologique, sans occulter les inévitables incidents.

Un des points forts de ce Congrès a été le village associatif. Il a réuni des associations de patients de 90 pays différents, il a été l'œuvre de l'AFD et surtout de l'un de ses membres -André Hervouet. (cf articles dans la revue Equilibre).

Une innovation était également le programme paramédical. Malheureusement il été quelque peu boudé par le public. 623 paramédicaux étaient inscrits dont 20 français. Il faut dire que nous avions de la concurrence parmi les quatre autres programmes qui se déroulaient en parallèle : Scientifique, Education, Vivre avec le diabète, Organisation des soins, sans oublier l'attrait touristique de la ville de Paris.



Le Comité d'Organisation reconnaît le manque de publicité pour ce programme, nous n'avons pas pu communiquer suffisamment à l'avance sur la traduction simultanée (F/A – A/F). La date de fin Août n'est pas très favorable au planning hospitalier français.

Le déroulement de notre programme a été parfait, tous les intervenants furent présents et à l'heure. Les présentations furent d'un excellent niveau tant sur la forme que sur le fond.

Les tables rondes animées, soit en français soit en anglais, ont attiré un public plus nombreux et diversifié (médecins, patients, paramédicaux ). Les échanges furent animés.

Nous avons réussi à ce que presque toutes les régions IDF soient représentées :

jour	Europe	Amérique nord	Amérique central - sud	Moyen orient	Pacifique	Afrique	Asie
Lundi	3	1	1	1	0	1	1
Mardi	5	3	1	1	0	1	0
Jeudi	3	1	0	2	1	1	3
Vendredi	6	1	1	0	1	1	1
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Les orateurs européens sont les plus nombreux, mais nous avons fait appel à eux lorsque nous avons du mal à trouver des professionnels dans les autres régions du monde. Trouver les intervenants a été notre plus lourde tâche.

Le prochain Congrès se déroulera à Séoul en Corée du Sud, en 2006. Son organisation reviendra aux dirigeants de l'IDF qui, espérons le, n'oublieront pas de faire une place aux paramédicaux, nous leurs souhaitons tous nos vœux de réussite.

## *IDF Paris 2003 – Résumés d'interventions*

**Dorothee Romand, Diététicienne – Hôpital Saint Louis, Paris**

**Membre du comité de programme PAM's – IDF Paris 2003 - Vice Présidente de l'ALFEDIAM Paramédical**

### **Des valeurs pertinentes pour l'éducation des patients diabétiques au Moyen-Orient.**

*D'après l'intervention de Suha Khoury. Diététicienne. Israël (IDF Paris 2003)*

**L'Islam prêche la fatalité**, ce qui engendre un manque de motivation dans la prise en charge de la maladie chronique par les patients. Pour les motiver à se soigner, il est important de faire référence aux versets du coran qui valorisent aussi la responsabilité individuelle et le libre arbitre, de les informer sur les complications liées à un mauvais équilibre glycémique et de faire référence aux expériences positives d'autres patients.

**Le diabète est souvent vécu avec un sentiment de honte**, car il est associé dans les esprits à l'impuissance sexuelle et l'infertilité. Les patients vont éviter tout comportement en public, qui pourrait réveiller ce sentiment de honte ou révéler leur maladie diabétique. Il est important de faire prendre conscience au patient du pouvoir de la société sur son comportement. Il est primordial de l'informer des conséquences possibles mais non systématique du diabète sur sa sexualité et lui suggérer des moyens de suivre les conseils diététiques en société sans révéler qu'il est diabétique.

**Les mots santé et poids sont synonymes** dans la langue arabe et le surpoids fait référence à la bonne santé, la force et la richesse, ce qui est un obstacle à la perte de poids chez les patients diabétiques de type 2. Il est recommandé de discuter de l'effet de cette pression sociale sur la mauvaise prise en charge de la maladie et de la relation entre le poids et le contrôle de la glycémie, ainsi que des autres facteurs de risque.

**L'hospitalité, la générosité, le partage de la nourriture sont essentiels** dans la société musulmane. L'hôte se doit d'offrir à son invité des mets variés en quantité abondante, et doit l'inciter à manger beaucoup. L'invité doit manger plus qu'à l'accoutumé et goûter tous les plats. On peut conseiller au patient de manger avant de se rendre à une invitation, de laisser de la nourriture dans son assiette, de manger doucement et d'ajuster sa doses d'insuline ou de mettre en œuvre une comptabilité calorique pour les patients diabétiques de type 2. Il peut, accepter les aliments qui lui sont déconseillés mais ne pas les consommer, les refuser en invoquant des raisons qui ne mettent pas en défaut son image sociale ou encore les intégrer dans le plan alimentaire qui lui a été recommandé.

**L'appartenance au groupe est plus forte que l'affirmation de l'individu**, il faut être conforme, se fondre dans ce groupe pour accéder à une certaine honorabilité sociale. Le contraire suscite la honte. Aussi les conseils diététiques personnalisés doivent être donnés en fonction des habitudes alimentaires du patient mais en tenant compte des normes sociales, des coutumes et permettre au patient de garder sa place dans le groupe. Il importe d'éviter un trop grand choix dans le plan alimentaire mais plutôt de favoriser le contrôle de son propre comportement alimentaire.

**L'éducateur fait figure d'autorité** et il est recommandé d'instaurer une relation verticale avec le patient, telle qu'elle existe dans la structure patriarcale de la famille ou la hiérarchie sociale, pour évoluer progressivement vers une relation horizontale. Il est donc important d'insister sur la forme du discours médical plutôt que sur le fond. Mais la compréhension et la reformulation des messages par le patient n'ont pas valeur d'action. Il faut lui demander de formuler des objectifs concrets et d'identifier les obstacles possibles dans la mise en œuvre de ces modifications de comportement.

*D'après l'intervention de Kavita Kapur. Diététicienne. Inde. (IDF Paris 2003)*

L'Inde présente une diversité culturelle et alimentaire avec plus d'un milliard d'habitants, 28 états, 7 religions représentées (82% d'Hindouistes et 12% de musulmans), 18 langues et plus de 1000 dialectes.

**L'alimentation varie** suivant les ressources locales (agricoles ou commerciales), mais aussi suivant la culture, la religion, les coutumes. Il existe une nette différence entre le milieu rural et le milieu urbain. Dans les villes, le style de vie connaît des mutations, avec une augmentation de la sédentarité et du niveau de vie et un changement des habitudes alimentaires. Le désir de consacrer moins de temps à cuisiner et la disponibilité d'aliments industriels prêts à consommer, ainsi que l'influence de la publicité, entraînent une augmentation vertigineuse de la consommation de pizzas, chips et autres produits de grignotages salés, ainsi que de boissons sucrées.

Les célébrations de fêtes traditionnelles et les rassemblements familiaux sont nombreux et sont l'occasion de repas spécifiques suivant la structure de la famille et les différentes castes. L'alimentation évolue et tend à devenir hyper calorique avec une augmentation de la consommation des légumes, du lait, du beurre, des viandes, des céréales raffinées, du sucre et des produits sucrés.

**La population est fortement contrastée** avec un fort taux d'illettrisme par opposition au nombre croissant d'intellectuels. Une proportion importante de la population souffre de malnutrition (86 % de la population dispose de moins de 2 dollars par jour pour vivre) et cohabite avec une population riche où l'obésité est fréquente et signe de bonne santé et de prospérité. Toutes ces différences rendent difficile la diffusion des messages nutritionnels. Une carence dans l'accès aux soins par manque de prise en charge financière par des assurances maladie et le développement insuffisant des infrastructures médicales, sont des facteurs aggravants. Les patients, qui acceptent mal la maladie chronique, ne peuvent ou ne veulent pas payer pour des soins.

**Cependant la prévalence du diabète augmente** (14% pour l'intolérance au glucose et 12.1% pour le diabète) et la prise en charge diététique est très variable par manque de consensus et de recommandations standardisées. Peu de patients ont la possibilité de rencontrer une diététicienne et certains reçoivent au mieux de simples conseils par leur médecin généraliste, ou une feuille de régime pré imprimée. Les résultats d'une enquête récente montre un manque d'information des patients sur l'équilibre alimentaire, la manière de cuisiner, la quantité et la qualité des graisses conseillées. Les patients ont souvent du mal à adapter des conseils qu'ils considèrent trop rigides et peu adaptés à leur style de vie et à leur appétit.

**Face à ce constat il a fallu trouver des solutions et développer des méthodes d'éducation nutritionnelle** suffisamment souples pour répondre aux besoins de chaque type de patients.

Les méthodes développées vont d'une approche globale ou très visuelle à des méthodes plus personnalisées et plus souples faisant appel à la technologie informatique.

Une des méthodes utilisées repose sur la classification des aliments suivant un code couleur: rouge pour les aliments à limiter (riche en graisses, raffinés, à fort pouvoir hyperglycémiant, pauvres en fibres), jaune pour ceux à consommer avec modération, et vert pour les aliments conseillés (peu hyperglycémiant, riches en fibres et pauvres en graisses). Une autre se fait à l'aide de photos de modèles de repas équilibrés qui diffèrent suivant les habitudes culturelles et religieuses. Des menus avec des équivalences basées sur l'apport calorique et tenant compte des différences régionales ont été élaborés. Une aide nutritionnelle interactive par ordinateur (NINA), destinée aux médecins qui n'ont pas accès aux consultations de nutrition, s'adresse aux patients sachant lire, demandeurs de plan alimentaire et de conseils personnalisés modulables au jour le jour. Ce logiciel est utilisé pour l'éducation des patients mais également pour l'enseignement des diététiciens, des médecins et pour la recherche clinique. La base de données comporte des aliments de différentes régions. Le système est disponible en différentes langues. Sur Internet les patients peuvent également avoir accès à des informations sur la diététique et le diabète ainsi qu'à des conseils personnalisés et adaptés à leurs habitudes alimentaire et à leur style de vie avec des échanges possibles avec des professionnels par e-mail.

Il est remarquable que ce pays qui présente des différences culturelles et économiques aussi importantes ait pu mettre au point des outils éducatifs adaptés. Il faut espérer que leur efficacité sera démontrée. Cette expérience est un modèle qui pourrait trouver des applications dans les pays européens.

## Possibilités et difficultés dans les soins au quotidien ; quelles stratégies d'adaptation.

Par G.BONSOU Christian Alain Infirmier à la réanimation - CNHU, Cotonou-BENIN

Maladie vieille, le diabète est une affection chronique qui nécessite un traitement permanent. Il est potentiellement invalidant par ses complications graves. Il pose un problème de santé publique car sa prévalence augmente de façon vertigineuse dans le monde et particulièrement dans les pays en voie de développement. En raison de son caractère chronique et de l'exigence de sa prise en charge, le diabète représente un coût humain, économique et social très important venant grever une situation déjà précaire. En Afrique, le diabète n'est pas intégré dans le système de santé et les structures existantes ne fonctionnent pas de façon optimale.

La prise en charge du diabète en Afrique subsaharienne nous amène à répondre aux questions suivantes : - quelles sont les possibilités que nous avons dans la prise en charge du diabète ?- quelles sont les difficultés que nous rencontrons dans cette prise en charge ? - quelles sont les stratégies mises en œuvre pour une meilleure prise en charge du diabète ?

### I - LES POSSIBILITES

#### A- Sur le plan des soins

##### 1 - les médicaments oraux

Nous disposons dans les officines et dans les hôpitaux parfois les médicaments oraux en générique et en spécialité : metformine, glibenclamide, glicazide, carbutamide et glimépiride, gliquidone.

##### 2 - les Insulines

Pour les malades traités à l'insuline, les insulines disponibles sont :- insuline rapide : Actrapid, Régular en concentration majoritaire U40- insuline semi-retard : Insulatard, Monotard- insuline retard : insuline lente MC.- Certains pays disposent la concentration U100- Certains autres pays disposent également d'insuline pré-mélangée type Mixtard

##### 3 - Soins infirmiers

La formation reçue dans les écoles nationales d'infirmierie conférant le diplôme d'Etat permet la prise en charge des soins locaux d'ulcère chez le

diabétique, l'éducation sommaire, les techniques de prélèvement et d'injection de l'insuline.

#### B- Sur le plan de la surveillance

##### 1 - Les tests d'urine

En Afrique, la recherche de glycosurie et d'acétonurie constitue encore dans beaucoup de pays le test le plus couramment utilisé pour la surveillance du diabète. Nous disposons : Clinistix, acétest, kéto-diaistix.

##### 2 - les tests sanguins

- Seuls quelques malades privilégiés disposent le lecteur de glycémie et réalisent l'autocontrôle glycémique : il s'agit souvent d'appareils acquis de l'extérieur dont les consommables ne sont pas toujours

disponibles dans certains pays.

- Le contrôle sanguin est réalisé à travers des glycémies veineuses aux laboratoires, et les dosages de glycémie ne sont disponibles que dans les grandes villes.

- L'hémoglobine glyquée n'est pas réalisable partout.- La prise de la tension artérielle est possible en routine

## II - LES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE

#### A-Sur le plan des soins

Plusieurs situations peuvent constituer un handicap à l'accessibilité aux soins :

##### 1-L'accessibilité

###### 1-1 Problème socio-économique

En Afrique et particulièrement en Afrique Subsaharienne, le SMIG(salaire minimum interprofessionnel garantie) est bas variant entre 20,97 USD et 68,60 USD (soit par an entre 359,64 et 823,2 USD) alors que le coût annuel du traitement d'un diabétique est élevé :

Tableau récapitulatif du coût dans certains pays

Pays	Coût annuel du traitement à l'insuline
BENIN	531,11 USD
NIGER	571,38 USD
TANZANIE	349 USD
TOGO	484,88 USD

Le coût de l'insuline représentant les 2/3 de cette somme, ceci équivaut à 6 mois de salaire pour une famille dans la plus part de pays en voies de développement.

Le coût annuel du traitement par les comprimés sans les dépenses de transport et l'alimentation varie entre 257,23 USD et 486,01 USD.

#### *1-2 La disponibilité des médicaments*

-Des ruptures de stock épisodiques en médicaments oraux se rencontrent.

- Le manque crucial de l'insuline et des seringues à insuline est criard.

- La chaîne de froid pour la conservation des insulines pose un problème en effet le climat chaud le manque de moyen pour s'acheter un réfrigérateur mettent en doute l'efficacité de l'insuline.

- De plus les insulines disponibles ne sont pas toujours de la même concentration que les seringues vendues ; ceci expose le patient à des erreurs de dose

#### **2- les difficultés liées aux malades**

##### *2-1 Refus d'acceptation de la maladie*

La notion de maladie chronique nécessitant un traitement permanent et soutenu est difficilement acceptée en Afrique, ceci conduit souvent à des arrêts intempestifs du traitement et parfois au recours aux tradipraticiens qui leur promettent souvent guérison.

##### *2-2 le manque de sécurité sociale*

Dans la plus part de nos pays il n'existe pas de système communautaire de prise en charge du malade. Cependant, dans certaines sociétés d'Etat et entreprises privées les travailleurs malades bénéficient d'un remboursement partiel des frais de soins et de médicaments. Hormis cette situation les soins sont entièrement à la charge du malade. Depuis quelques années les structures d'assurances maladie se mettent en place dans nos pays.

##### *2-3 le refus des médicaments*

Il n'est pas rare d'entendre de la part de nos malades:

" je ne veux pas avaler des comprimés tout le temps"

- " mes parents ou un proche parent sont décédés dès qu'ils ont été mis sous insuline donc je ne veux pas l'insuline car je ne veux pas mourir"

A cela il faut ajouter les croyances culturelles : sort jeté, envoûtement.

#### **3- Difficultés liées au personnel soignant**

Dans la plus part des pays en voies de développement et surtout en Afrique subsaharienne, les soins aux diabétiques font partie du système national de santé. Le concept de centres spécialisés est inconnu, ceci entraîne :

- Le manque de personnel qualifié pour la prise en charge optimale des diabétiques

- Le manque de matériel usuel de travail : des bandelettes réactives pour les tests d'urine et de

sang, des lecteurs de glycémie rapide même dans des services d'urgence et le matériel de pansement.

#### *B-Sur le plan de la surveillance*

Elles intéresseront également l'accessibilité, les malades et le personnel soignant.

##### **1- L'accessibilité financière**

La bandelette réactive pour le test d'urine étant beaucoup utilisée pour le suivi, il faut en moyenne 90 tests par mois nécessitant 2 boîtes de 50 bandelettes soit 12,82 USD par mois. Il faut en moyenne 2 à 3 glycémies veineuses en ambulatoire et 5 fois plus en hospitalisation soit 5,48 USD à 41,16 USD par mois. Les appareils lecteurs de glycémie sont rares et coûtent très chers entre 91,47 USD et 137,21 USD et les bandelettes qui vont avec entre 15,24 USD et 27,44 USD. Beaucoup de malades ne peuvent pas se les permettre. Pour les quelques malades qui ont la possibilité financière le matériel n'existe pas.

Exemple : les seringues à insulines, les stylos injecteurs .

##### **2- Les difficultés liées aux malades**

La périodicité trop espacée des contrôles glycémiques et des tests urinaires rend la surveillance insuffisante. Le refus de faire régulièrement ses contrôles amène le patient à fuir les consultations ce qui aggrave encore la mauvaise qualité du suivi.

##### **3- Les difficultés liées au personnel soignant**

- Beaucoup de soignant en Afrique ne savent pas ce qu'est un lecteur de glycémie ni son usage selon une enquête relativement récente effectuée dans un hôpital et centre de formation des Infirmiers.

- L'absence de carnet de suivi du patient diabétique et du registre du diabétique.

- L'information donnée par le soignant sur le régime diabétique est souvent erronée.

Les réactions face à une hypoglycémie ne sont pas toujours bien codifiées ; d'où l'intérêt d'une formation continue et de recyclage régulier. (reconnaître une hypoglycémie, sucrage et chercher la cause.)

### **III - LES STRATEGIES D'ADAPTATION**

Face à toutes ces difficultés et, en attendant que les états africains ne se dotent d'une véritable politique de lutte contre le diabète, en attendant une fondation d'insuline et pourquoi pas des médicaments oraux pour les pays en voies de

développement certains moyens d'adaptation sont utilisés :

La multiplicité des sensibilisations des malades sur le fait qu'ils sont les premiers concernés d'ou plus de conscience pour accepter la maladie et de suivre le traitement.

- Les bandelettes réactives pour le test d'urine sont divisées en deux pour augmenter le nombre de tests par boîte.

- L'utilisation pour plusieurs injections chez le malade de la même seringue tant que l'aiguille n'est pas émoussée (préférence des seringues à aiguilles serties).

- Les seringues à insuline sont bouillies et réutilisées par le même malade sauf si les aiguilles sont émoussées et tordues.

- L'utilisation des jarres d'eau ou des petits trous creusés aux abords des coins d'eau pour la conservation de l'insuline après ensachage.

- L'utilisation de seringue à insuline de concentration différentes de celles de l'insuline après un calcul d'adaptation de dose (un risque d'erreur non négligeable est lié à cette pratique).

- Lorsqu'un service dispose d'un lecteur de glycémie, développer la possibilité de faire acheter les bandelettes de même type aux patients hospitalisés dans d'autres services pour le suivi des glycémies.

- La limitation des tests sanguins couplés avec des tests urinaires à différents moment de la journée. ( là encore il fait le test uniquement le matin).

- En milieu hospitalier, conservation de l'insuline dans une glacière individuelle au chevet du malade.

## IV – CONCLUSION

La prise en charge du diabétique n'est pas chose aisée en Afrique subsaharienne du fait du coût élevé du traitement dont les médicaments représentent une composante importante et ce d'autant plus qu'il existe un risque non négligeable de décompensations et des complications lié à la maladie. Une amélioration des conditions socio-économiques des populations, une meilleure politique de santé avec éducation et prévention pourraient amoindrir ce fardeau pour le diabétique africain.

## BIBLIOGRAPHIE

a) Guide pratique du diabétique pour les personnels de santé - édition MEPS Cotonou 1999. P.6-10.

b) Pr J-C MBANYA ; "Dans les pays en voies de développement, l'insuline n'est pas toujours accessible en raison de coûts élevés " - Diabète Voice : vol 44, décembre 99. P.22.

c) Pr François BONNICI ; "Diabetes in africa" The diabetes annual/II 1998, p 29.

d) Dr F. DJROLO et col ; l'agent de santé béninois et le lecteur rapide de glycémie, 2è journées internationales d'endocrinologie et de nutrition de Cotonou ; édition MEPS 2000.

e) S. Y. AKOSSOU et col coût direct de la prise en charge des diabétique hospitalisés à Lomé, 3è journées internationales d'endocrinologie et de nutrition de Cotonou ; édition MEPS 2002.

## Vie de l'association

Voici la composition du nouveau bureau de l'ALFEDIAM Paramédical :

**Présidente :** Odile Lautier, Infirmière à Montpellier

**Vice-Présidente :** Dorothée Romand, Diététicienne à Paris

**Secrétaire Générale :** Laurence Leridon, Infirmière à Paris

**Secrétaire Général adjoint :** Fabrice Strnad, Diététicien à Pontoise

**Trésorière :** Michelle Joly : Infirmière à Monaco

**Trésorière Adjointe :** Viviane Violton-Nougarolis, Diététicienne à Toulouse

La **Présidence du Comité Scientifique** a également changé de main et nous souhaitons bon mandat à Jocelyne Bertoglio, Diététicienne à Nice, qui prend la succession de Patricia Cohen-Solal.

## Bien manger quand on est un petit Lutin

*Fouzia Voirin & Fabrice Strnad, - Diététiciens, Centre hospitalier de Pontoise*

**Réalisation d'un support éducatif diététique a base de gommettes repositionnables destiné à des enfants diabétiques âgés de 3 à 7 ans et à leur entourage familial.**

*"Je m'appelle Nora. Comme toi je suis diabétique.  
Toi et moi allons apprendre à bien manger".*

L'Education diététiques des jeunes enfants diabétiques nécessite l'utilisation de supports adaptés à leur capacité d'attention sous une forme ludique.

Jusqu'à ce jour, nous ne disposions d'aucun moyen pédagogique de cet ordre. Après avoir évalué, par le biais d'une enquête les besoins des 80 enfants diabétiques suivis dans le service de pédiatrie, il ressort que l'entourage familial proche souhaite obtenir pour les plus jeunes enfants un support visuel illustré et simplifié utilisant des gommettes repositionnables.

Nous avons donc réalisé cet outil diététique qui a reçu le prix de l'ALFEDIAM PARAMEDICAL 2002.

Ce support peut être ouvert au moment de la consultation ; l'enfant se l'approprie au fur et à mesure des entretiens.

Les thèmes suivants sont abordés : les aliments glucidiques, l'équilibre alimentaire, la gestion des hypoglycémies, les repas pris à l'extérieur du domicile. L'ensemble des thèmes et des images figurant dans ce support ont été validés par des collègues diététiciens de centres de pédiatrie, des enfants d'écoles maternelle et primaire ainsi que des enfants suivis dans notre service.

L'Education diététique peut ainsi se prolonger dans le temps grâce à l'utilisation constante de ce support avec et par l'entourage familial, à distance de la consultation.

Cet outil diététique qui sert de trame entre l'enfant, la famille et l'équipe soignante est paru depuis 03/2003. Pour se le procurer gratuitement, il suffit de téléphoner au numéro vert des laboratoires NOVO-NORDISK (0800 80 30 70) en commandant le nombre de supports souhaités en fonction du nombre de jeunes enfants à éduquer (au maximum 5 par envoi).

Une évaluation de l'utilisation de ce support sera réalisée auprès des équipes soignantes des services de pédiatrie, des enfants et des parents dans l'année à venir. Pour se faire, il est important de retourner les questionnaires associés à l'hôpital de Pontoise.

Remerciements à nos collègues diététiciennes de l'hôpital Robert Debré, du Centre de la Croix Rouge de Margency et de l'hôpital Necker ; aux enfants des écoles maternelles et primaires d'Eaubonne et d'Andrésy ainsi qu'à leurs instituteurs.

## *Agenda*

La prochaine journée d'Automne organisée par l'ALFEDIAM Paramédical se tiendra le

**Vendredi 19 Novembre 2004 à Montpellier, sur le thème :**

*Découvrir un diabète : des objectifs spécifiques à chaque moments de la vie.*

Le congrès National de l'ALFEDIAM se tiendra du **22 au 25 Mars 2005 à Lyon**, la journée des paramédicaux aura lieu le jeudi 24 et nous fêterons les 20 ans de l'ALFEDIAM Paramédical...



« Equilibre »  
*Programme d'éducation thérapeutique*  
Dr Adrian Serban, Lyon

### Contexte

« L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour. » (« CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ », UNESCO 1988).

Créé en 1999 « Equilibre » est un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire, qui se déroule en hôpital de jour, destiné aux enfants et adolescents obèses. Il s'est proposé de développer des nouvelles formes thérapeutiques, plus efficaces, basées sur une approche pluridisciplinaire pour faire face à la complexité de cette pathologie, privilégiant l'aspect éducationnel dans l'objectif de rendre le patient autonome, lui proposant des réelles solutions, qui respectent son milieu de vie. Cette stratégie correspond aux recommandations ANAES élaborées en 2002 pour l'éducation thérapeutique, reconnue par le Ministère de l'emploi et de la solidarité comme une priorité de santé publique

Les **constats** suivants ont amené à sa création:

1. L'obésité infantile non traitée tend à persister et à s'aggraver (*Whitaker et al., 1997*). Elle est directement responsable d'augmentation de la morbidité et de la mortalité chez l'adulte (*Dietz, 1998*). Par conséquent, une augmentation rapide de la prévalence des obésités sévères et de leurs complications, en particulier cardio-vasculaires est à craindre dans les années à venir. Chez plus de la moitié des enfants obèses on peut déjà constater l'apparition d'un ou plusieurs facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire (*Freedman et al., 1999*).
2. "L'obésité infantile est une maladie, dont le traitement est un des plus difficiles est

décevants": par ce constat débutent les recommandations élaborées par un comité d'experts américains concernant la prise en charge de l'obésité chez l'enfant (*Barlow et al, 1998*). En effet, résultante d'une étiologie multifactorielle, l'obésité nécessite de la part du patient et de son entourage une participation active aux soins. La prise en charge traditionnelle de cette pathologie montre des résultats décevants, comme le montre une étude multicentrique italienne, portant sur 1383 enfants traités par une approche nutritionniste, dont environ un tiers ont été perdus de vue après la première consultation et moins de 10% étaient encore sous traitement après deux ans (*Pinelli L et al., 1999*).

3. Dans le département du Rhône, une enquête a été réalisée par l'ADES du Rhône en mai 98 auprès de plus de 450 médecins (généralistes, pédiatres et endocrinologues) afin de connaître leur avis sur la prise en charge de l'obésité infantile. Le taux de réponses particulièrement élevé pour ce type d'enquête (entre 28 et 47 %) a montré l'intérêt que les médecins attribuent à ce problème. Plus de 75 % des médecins se sont déclarés insatisfaits de la prise en charge des enfants obèses actuellement pratiquée et favorables à la création d'un centre spécialisé, capable de proposer des nouvelles solutions (*Lejean M et al, 1998*).

### Objectifs et stratégie

- I. Traiter de manière **efficace** l'obésité chez l'enfant et l'adolescent pour améliorer sa qualité de vie et prévenir les complications.
- II. **Rechercher et évaluer** des nouvelles modalités de prise en charge
- III. Permettre au plus **grand nombre d'enfants** d'en bénéficier.

En absence d'une prise en charge validée, la mise en place du programme « Equilibre » s'est orientée aux **constats** suivants:

1. **Constat** : L'obésité est le résultat des **interactions** entre les données génétiques d'un individu et son **environnement** : " *Si les facteurs héréditaires exposent certaines personnes au risque de devenir obèses, c'est cependant leur **environnement** qui détermine, s'ils deviendront obèses* " (Weinsier et al. 1998).

➤ **Conséquence** : Nécessité de **maîtriser l'influence environnementale** par un **mode de vie adapté**.

2. **Constat** : L'étiologie de l'obésité est **multifactorielle**.

➤ **Conséquence** : La prise en charge doit être **pluridisciplinaire**.

3. **Constat** : L'obésité est pour l'enfant source **d'exclusion sociale** et de souffrance psychique.

➤ **Conséquence** : **Intégration** dans un environnement social propice par une prise en charge collective.

La stratégie thérapeutique est basée sur **l'apprentissage** d'une manière de vivre équilibrée visant **l'autonomie**. Cet apprentissage a lieu dans le milieu de vie habituel du patient, **impliquant son entourage** (parents, fratrie, grands-parents) dans le projet thérapeutique.

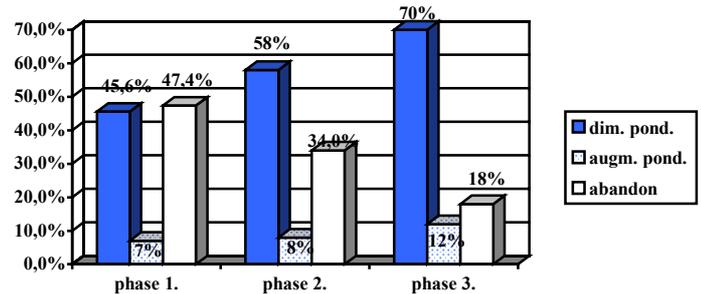
La prise en charge est

1. **pluridisciplinaire** par une équipe associant: pédiatre, diététicienne, éducatrice, kinésithérapeute, psychologue, secrétaire,
2. **séquentielle** : 16 séances d'hôpital de jour réparties sur 1 an,
3. **collective** au sein d'un groupe de 6 enfants.

### Résultats

Fin novembre 2002, le nombre d'enfants inclus dans le programme Equilibre et ayant pu bénéficier d'une prise en charge complète a permis de dresser un premier bilan à travers une étude rétrospective. Elle a porté sur 157 enfants et adolescents. Pour évaluer l'évolution des résultats dans le temps, les patients ont été repartis sur trois groupes en fonction de leur date d'inclusion dans le programme, (phases 1, 2 et 3) :

- Phase 1 : inclusion entre 1.5.1999 et 31.8.2000 (n=57)
- Phase 2 : inclusion entre 1.9.2000 et 31.1.2001 (n=50)
- Phase 3 : inclusion entre 1.2.2001 et 30.10.2001 (n=50)



Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients ayant diminué ou augmenté leur surpoids après 1 an de prise en charge. Ce changement de la corpulence est traduit par la variation de déviation standard de l'indice de masse corporelle (*Standard deviation score*; d'après Cole, 1990 ; Rolland-Cachera et al., 1991).

Cette étude montre d'une part la difficulté de la prise en charge de cette pathologie, mais d'autre part qu'une amélioration progressive des résultats est possible. Depuis septembre 2000, le nombre d'enfants accueillis a été augmenté à environ 90 par an. Si parmi les premiers patients inclus dans le programme le taux de réussite était inférieur au taux d'abandon, dans la troisième phase ce taux a nettement augmenté pour arriver à 70%. Cette évolution a été possible grâce à l'acquisition d'expérience et de connaissances du personnel soignant à travers la spécialisation, qui a permis une adaptation progressive de la prise en charge à la pathologie concernée, mais aussi à son enthousiasme et investissement personnel.

### Bibliographie

- ✓ Barlow SE, Dietz HD. Obesity treatment and evaluation : expert committee recommendations. *Pediatrics* 1998 ; 102 : 1-11
- ✓ Cole TJ : The LMS Method for constructing normalized growth standards. *Eur. J. Clin. Nutr.* 1990, 44, 45-60
- ✓ Dietz WH : Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *J Nutr* 1998 ; 128 : 411S-414S
- ✓ Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS : The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* Vol. 103, No. 6, S.1175-1182, 1999

✓ Lejean M, Serban A, Locard E. Obésité chez l'enfant et prise en charge dans le Rhône. Mai-Juin 1998, résultats non publiés

✓ Pinelli L, Elerdini N, Faith MS, Agnello D, Ambruzzi A, De Simone M, Leggeri G, Livieri C, Monetti N, Peverelli P, Salvatoni A, Seminara S, Uasone R, Pietrobelli A. Childhood obesity: results of a multicenter study of obesity treatment in Italy. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999;12 Suppl 3:795-9

✓ Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempé M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A : Body Mass

Index Variations : centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr* 1991, 45, 13-21

✓ Weinsier Hunter GR, Heini AF et al. The etiology of obesity : relative contribution of metabolic factors, diet and physical activity. *Am J Med* 1998 ;105 :145-150

✓ Whitaker RC, Whright JA, Pepe MS. Predicting obesity in youth adulthood from childhood obesity. *N Engl J Med* 1997 ; 337 : 869-73.

## Revue de Presse

### Standardisation des mesures de Triglycéridémie et Glycémie

Une équipe anglaise a voulu valider la mesure de la triglycéridémie capillaire et a mené l'étude suivante : 20 sujets sains et 30 sujets diabétiques de type 2, caucasiens, âgés de 35 à 65 ans, ne prenant pas de traitement hypolipémiants, et ne présentant pas de pathologie cardio-vasculaire. Les patients diabétiques sont traités 10 par diététique seule, 10 par Metformine et 10 par Sulfamides hypoglycémisants.

Une boisson test a été élaborée contenant 50g de glucides dont 45g de polysaccharides et 50g de lipides (triglycérides à longues chaînes).

Pour évaluer la reproductibilité, chaque sujet a consommé la boisson à deux reprises, après une nuit de jeûne, sans avoir consommé de boisson alcoolisée ni avoir pratiqué d'activité physique la veille.

Après ingestion de la boisson test, des prélèvements veineux ont été effectués à 2, 4, 6 et 8h pour mesure des taux sanguins de triglycérides et de glucose. Des glycémies capillaires ont été réalisées aux mêmes temps, et des triglycéridémies capillaires aux temps 0, 6 et 8h.

Dans les 2 groupes, la boisson test est bien tolérée et,

- Le taux maximal de triglycérides est atteint à 6h et est corrélé à la Glycémie 2h.
- Les valeurs des taux de triglycérides en prélèvements veineux et capillaires sont identiques.

Les auteurs concluent à la validation de cette mesure post prandiale capillaire du taux de triglycérides et son importance dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires. Mais restent à définir les taux de triglycérides et le risque vasculaire 6h après le repas...

C. Fouquet, D'après *Diabetes Care* 27 :89-94, 2004 - *A Standardized Triglyceride and Carbohydrate Challenge*. Mohanlal & Al.

### Diet très basses calories pour les adolescents diabétiques de type 2

Aux Etats 20 adolescents diabétiques de type 2 présentant une obésité morbide (BMI moyen 43.5 kg/m<sup>2</sup>) ont été soumis à un régime très basse calorie (680 à 800 kCal/j), cétogène (<30g de glucides/j), hyperprotidique (1.5 g/kg de poids/j) et hypolipidique (<30g/j).

Ces sujets étaient traités comme suit : 11 par insuline seule, 1 par insuline + metformine, 5 par metformine, 4 par régime seul.

Cette étude a été randomisée contre un groupe témoins de sujets diabétiques de type 2, super obèses, traités de façon conventionnelle. La durée du suivi des sujets a été de 2 ans.

Résultats :

Le régime a été suivi en moyenne pendant 60 jours, chacun des sujets a mis fin au régime volontairement sans signes d'effets délétères de cette alimentation. Dans les 3 jours qui ont suivi le début du régime, les glycémies et la pression artérielle des sujets ont diminué de façon significative. Après deux ans de suivi, les sujets ayant suivi le régime très basses calories en conservent les bénéfices, soit une perte de poids en moyenne de 9% de leur poids de départ, une HbA1c améliorée et les traitements pharmacologiques diminués.

Les auteurs concluent qu'une étude prospective plus longue est nécessaire pour connaître les bénéfices à long terme d'un tel traitement diététique.

Il serait en particulier nécessaire d'inclure des paramètres sociaux dans une population de super obèse déjà exclue socialement.

C. Fouquet, D'après *Diabetes Care* 27:348-353, 2004 - *Treatment of Type 2 Diabetes in Childhood Using a very-Low-Calorie-Diet*. S.M Willi & al.

## Diabète & Tabac

8h45 : Ouverture *Pr Canivet & O. Lautier*

**9h** **Tabac plus diabète : Association à haut risque**  
*Pr dubois ( Amiens)*

**9h30** **Comment réussir le sevrage tabagique chez le diabétique ?**  
*P. borrero & S. kupferschmit (Genève)*

**10h** Remise du prix Lifescan du meilleur abstract 2004 (3500€)  
**Etude des comportements des soignants face à un diabétique en hypoglycémie :**  
*I Mantovani (Monaco)*

**10h15** Communication orale : **Evaluation à un an des porteurs de pompes à insuline en ambulatoire - P**  
*Cohen solal, J. bertoglio, C Cuppeli (Nice)*

10h30 - 11h : Pause - Visites des communications affichées

**11h** Exposé bourse Roche 2003 : **Elaboration d'un support pédagogique à l'intention des**  
**médecins généralistes (diabète de type 2) :**  
*M.C Crouail & M. Paupe (Lons le saunier)*

Remise de la bourse roche 2004 (4575€)

**11h 30 :** Exposé Bourse Novo-Nordisk 2003 : **Amélioration de l'activité physique (diabète de type 2) – V.**  
*Vandooren (Belgique)*

Remise bourse Novo -Nordisk 2004 (7500€)

12 h - 13 h : Assemblée Générale des membres

**14h30** Communication orale : **L'abord cognitivo – comportemental : une alternative au régime**  
**hypocalorique.**

*I Louis, T langard, B. Joly, D Quilliot, Dr O. Ziegler (Nancy)*

**14h45** **Remise du prix ALFEDIAM Paramédical 2004 : prix scientifique du meilleur poster (1000€) - D.**  
*Romand (Paris)*

**15h** Exposé bourse Lilly 2003 : **Alimentation et diabète de type1 –**  
*C kavan (Besançon)*

Remise du prix Lilly 2004 (4600€)

**15h30** **La diététique du sevrage tabagique chez le diabétique : aide ou contrainte ?**  
*J. Bertoglio (Nice)*

**16h** **Prévention primaire en milieu scolaire :**  
*MT. Gevrey (Nice)*

16h30 Clôture de la journée

Edité par l'ALFEDIAM Paramédical

58, rue A. Dumas 75011 PARIS

☎ : 01 40 09 89 07 Fax : 04 40 09 29 14 ✉ : [alfediam@magic.fr](mailto:alfediam@magic.fr)

Directeur de la publication : Nathalie Masseboeuf

Rédacteur en chef : Comité scientifique  
Patricia Fiquet