

## Editorial

Pr Eric Renard  
Montpellier

### *Faire émerger les ressources internes dont chaque malade est porteur...*

Quel programme ! C'est pourtant la mission dans laquelle se sont reconnus les participants à la Journée d'Automne de l'ALFEDIAM Paramédical du 25 novembre 2005, peut-être portés par l'ambiance de conte de fée d'EuroDisney. La question posée était celle des raisons de la non observance des sujets porteurs de diabète et des voies à trouver pour la comprendre et y apporter une réponse. Le rationnel du sujet est éloquent : selon l'OMS, près de 50% des sujets ne suivent pas les prescriptions médicales ; seuls 7% seraient des parfaits observants. Pourquoi de tels chiffres attestant d'un raté dans le contrat entre le soigné et ses soignants ? Il n'y a pas de réponse unique car, Madame Lena, psychologue, l'a souligné, chaque sujet affecté par le diabète a son histoire, ses perceptions et ses moyens de défense vis-à-vis de la maladie et de ses implications, que le Moi soit fort ou faible. L'absence de congruence entre le prescrit et le réalisé n'est pas le fait d'une intention volontaire, mais le reflet d'un défaut non localisé de compréhension, de conviction, de décision, mais aussi le témoignage d'une résistance inconsciente et naturelle à l'agression. Certains l'expriment franchement (« ils [les médecins et leur équipe] sont tous nuls ! »), d'autres s'illusionnent (« je n'ai aucun problème avec mon diabète »), ou illusionnent (« une injection supplémentaire, pas de problème ! »), beaucoup se contentent de ne pas (tout) faire.

Alors, que faire pour éviter les dégâts attendus, dont le Docteur Verger, néphrologue, le Docteur Lozinguez, cardiologue et Madame Labbé-Gentils, podologue, s'étaient faits quelques dizaines de minutes auparavant les rapporteurs ? Attendre que l'infortuné atteint par le diabète parvienne au terme de sa démarche socratique, « se connaître soi-même » ? Le Docteur Penfornis argumente en faveur de l'accompagnement, terme que l'on doit préférer au « coaching » des anglo-saxons qui sent un peu trop l'engagement dans les Marines. Si le chemin est difficile à faire tout seul, il sera moins raide en compagnie. L'accompagnement, c'est épauler dans l'action thérapeutique, aider à prendre des décisions qui ne sont pas prises bien qu'elles aient été prescrites, recommandées et même longuement expliquées. L'expérience rapportée de l'assistance téléphonique des infirmières de Besançon destinée aux sujets initiant une insulinothérapie est éloquente en termes de résultats objectifs : l'hémoglobine glyquée s'améliore de plus d'1% avec l'accompagnement téléphonique par rapport au laisser-appliquer en solitaire. Les mauvais esprits diront que le maternage rencontre souvent certains succès. Plusieurs témoignages de l'assistance démontent cette insolence en rapportant que l'accompagnement n'est pas le « cocooning for ever ». Après la phase d'accompagnement rapproché viennent la prise de décision... et l'espacement des recours téléphoniques. Certes, la levée des résistances suit son cours individuel, plus ou moins long. Mais l'assentiment général était palpable : l'expérience de l'accompagnement mérite d'être tentée. Il reste à l'organiser, la faire reconnaître, la financer ; bref affronter d'autres résistances. « La victoire en chantant nous ouvre la barrière... » dit la chanson.

N°38

Hiver 2005



## Sommaire

### **Editorial :**

*Pr. E. Renard*

### **Page 2:**

L'Artériopathie du diabétique  
*Dr. O. Lozinguez*

### **Page : 5 :**

Alimentation du Diabétique  
Insuffisant rénal Chronique.  
*M. P. Dousseaux*

### **Page 6:**

Rôle des paramédicaux dans le  
dépistage de la rétinopathie  
diabétique  
*N. Torche*

### **Page 8 :**

La non observance, le diabète et  
l'Inconscient  
*M. Lena*

### **Page 9 :**

La non observance & le diabète  
de type 2  
*Dr. F. Penfornis*

### **Page 11 :**

Concours d'outil éducatif  
ALFEDIAM Paramédical /  
Abbott Diabetes Care  
*K. Barre*

### **Page 12 :**

Education du patient diabétique  
après un accident cardiaque  
*V. Nardo*  
*A. Tutticci*

# L'artériopathie du diabétique: différentes formes, pathogénie: Trépied physiopathologique : ischémie, neuropathie, infection...



**Dr Olivier Lozinguez,**  
Cardiologue – Noisy Le Grand

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs du diabétique AOMID se distingue de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs AOMI classique par sa gravité et par ses caractéristiques. Il est en effet établi que le risque d'amputation est 10 à 20 fois supérieur en cas de diabète

Les éléments principaux rendant cette maladie classiquement plus à risque que AOMI sont multiples.

- le caractère distal de l'atteinte rend la revascularisation plus compliquée, la localisation des lésions (sténoses et occlusions) siégeant fréquemment sous le genou sur les artères de jambe voire du pied
- La physiopathologie est complexe associant des lésions artérielles différentes. On y trouve des lésions d'athérosclérose (comme dans l'AOMI) mais aussi des lésions d'artériosclérose étendue et diffuse. On note aussi une plus grande diffusion des lésions athérosclérotiques limitant la collatéralité nécessaire pour diminuer les conséquences de l'ischémie (exemple de la fémorale profonde en cas d'occlusion de la fémorale superficielle). Fait important à noter : il n'y a pas plus de lésions artérielles du pied chez le diabétique que chez son homologue non diabétique laissant une possibilité de revascularisation très distale efficace dans certaines indications.
- La possibilité d'être associée à une neuropathie périphérique et ses conséquences : troubles trophiques d'origine multiple, découverte tardive de l'AOMID les patients étant souvent moins plaignants en raison de la perte de sensibilité, retard de cicatrisation
- La coexistence facile d'une surinfection de plaie peut transformer le pronostic (cellulite et ostéoarthrite par exemple constituant des urgences antibiotiques)
- L'angioplastie chez le diabétique est grevée d'un risque de resténose plus important. Ce risque est également plus important lorsque le calibre des artères diminue.

## L'examen clinique

### Interrogatoire :

Il se doit de rechercher l'existence :

- d'une claudication et du périmètre de marche,
- de douleurs de décubitus,
- d'un antécédent d'ulcère ou de trouble trophique difficile à cicatriser,
- de l'existence de paresthésie ou de troubles de sensibilité (neuropathie),
- de l'ancienneté du diabète et de la qualité de son contrôle
- d'une insuffisance veineuse associée
- Le médecin doit s'enquérir des conditions de vie et d'hygiène du patient

### Inspection :

- pâleur du pied ou à l'inverse d'une hyperhémie, La pâleur ne s'exprime parfois qu'en position couchée et pas debout. Elle peut également être transitoire lors de la mise en décubitus pour laisser place à une phase d'hyperhémie.
- Perte de la pilosité,
- Sécheresse cutanée. La pâleur ne s'exprime parfois qu'en position couchée et pas debout. Elle peut également être transitoire lors de la mise en décubitus pour laisser place à une phase d'hyperhémie.
- trouble trophique : description de son aspect et de ses dimensions
- Existence d'un intertrigo, porte d'entrée potentielle infectieuse
- Troubles des phanères : ongles ischémiques
- Appréciation du terrain veineux : varices ? œdème ? Dermite ocre ?

### Palpation :

- L'abolition d'un pouls signe le diagnostic lorsque l'on est sûr de l'asymétrie (attention à l'absence physiologique chez certaines personnes des pouls tibiaux postérieurs ou d'une trajectoire inhabituelle de la pédieuse).
- La présence des pouls aide à déterminer le niveau d'une occlusion ou d'une sténose très hémodynamique.
- L'examineur doit aussi rechercher une asymétrie de chaleur cutanée entre les deux membres en utilisant au mieux la face dorsale de la main d'abord en position debout puis en position assise (sensibilisation du test).
- La palpation abdominale recherche un anévrysme de l'aorte abdominale : perception d'une masse pulsatile expansive péri-ombilicale.

### **Auscultation :**

Tous les trajets artériels peuvent être auscultés :

- Artère iliaque et aorte abdominale
- Artère fémorale commune au creux inguinal,
- Artère fémorale superficielle le long de la face antéro interne de cuisse,
- Artère poplitée : portion sus articulaire ¼ inféro interne de cuisse, portion juxta et sous articulaire au creux poplité.

On recherchera l'existence de souffle orientant vers une sténose.

### **La mesure des pressions distales à la cheville :**

Elle est simple et facilement réalisable. Elle consiste en l'enregistrement à la cheville d'une pression artérielle systolique au moyen d'un appareil Doppler (portable ou non, associé à un graphe ou non). La mesure est alors rapportée à la pression systolique humérale classique. En cas d'artérite. Les rapports normaux sont entre 0.9 et 1.3. En dessous de 0.9, l'artérite est sûre. Plus le rapport diminue, plus l'atteinte est sévère. Au dessus de 1.3, les artères sont dites incompressibles en rapport avec la rigidité artérielle et l'évaluation de l'artérite devient impossible.

Le Doppler doit également être utilisé (tout aussi simplement) pour analyser l'aspect des flux. Des flux normaux sont toujours triphasiques. La disparition du caractère triphasique du flux avec amortissement de la courbe, confirmé par le graphe ou simplement par l'oreille de l'examineur, signe la pathologie.

Pour sensibiliser le test, la mesure des pressions distales peut être réalisée avant et après un effort.

### **La mesure de la pression systolique au gros orteil :**

Moins usité que la mesure à la cheville, elle fait appel à un brassard de gros orteil adapté et à un enregistrement par pléthysmographie. Une pression inférieure à 30 mmHg signe une artérite sévère et une pression à moins de 20 mmHg est en défaveur de la cicatrisation d'un trouble trophique.

## Les Examens Complémentaires

### **Le Doppler continu :**

Simple d'utilisation avec possibilité d'utiliser un appareil portable, peu onéreux, il permet rapidement d'évoquer le diagnostic et de localiser le niveau lésionnel.

**L'échographie Doppler :** Il s'agit d'un examen précieux permettant dans des mains expérimentées de faire un bilan lésionnel très complet qui pourra guider le traitement. Il a l'avantage de pouvoir déterminer le caractère hémodynamique ainsi que l'aspect des lésions endovasculaires ; Il comprend plusieurs temps : d'abord le Doppler continu (le plus souvent couplé à l'appareil maintenant) avec logiquement une remontée de l'analyse du pied vers la racine de la cuisse (il est évident qu'un flux distal anormal signe une lésion sus jacente). Ensuite, le temps de l'échographie couplée au doppler pulsé local et traduit en couleur.

### **L'oxymétrie transcutanée (TcPO2) :**

Différemment appréciée selon les écoles, elle permet d'estimer la vascularisation cutanée du pied. Pour limiter les effets de vasomotricité, il est recommandé de réchauffer la peau. Des méthode de sensibilisation de la mesure ont été décrites : inhalation d'oxygène, mesures jambes pendantes... elle est surtout utile quand les pressions distales sont difficiles à évaluer du fait d'une incompressibilité. Plus qu'un intérêt diagnostique, elle est avantageuse à des fins pronostiques. Il est, en effet, très peu probable d'obtenir une cicatrisation d'un trouble trophique pour des valeurs inférieures à 20 ou 30 mmHg. Il faut également savoir que cet examen est faussé lorsqu'un phénomène inflammatoire existe créant des équivalents shunts artérioveineux, la TcPO2 est alors surestimée.

### **Le Scanner :**

Il a surtout de l'intérêt pour évaluer l'aorte et les gros vaisseaux intra abdominaux.

### **L'IRM :**

Il s'agit d'un examen intéressant sur le plan technique permettant de bien visualiser les vaisseaux proximaux. Mais il est moins sensible que l'artériographie surtout pour la distalité et surtout moins disponible.

### **L'artériographie :**

C'est l'examen indispensable lorsque l'on doit tenter de revasculariser le patient.

## Traitements

### **Prévention primaire :**

Il s'agit de diabétique non artéritique en tous cas non connu comme tel (ce qui ne veut pas dire qu'il n'est pas « athéroscléreux »). La prévention prend différents aspects :

- mesures hygiéno diététiques : alimentation, activité physique, surveillance régulière des pieds et traitements adéquats, éducation du patient sur les risques d'artériopathie et de neuropathie, éviction du tabac et contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire
- Médicamenteuses :
  1. Les antidiabétiques n'ont pas tous montré d'efficacité clinique préventive de la macro angiopathie. Il faudra donc autant que possible privilégier ceux ayant des preuves comme les biguanides. Bien entendu, le contrôle glycémique reste un objectif déterminant et l'utilisation de plusieurs molécules de classes

différentes a certainement son intérêt (potentialisation de l'effet hypoglycémiant en cumulant les mécanismes d'action des molécules)

2. L'aspirine à dose antiagrégante plaquettaire a démontré son efficacité dès que coexiste un autre facteur de risque. Il est malheureusement souvent oublié.
3. Les statines : L'atorvastatine depuis l'étude CARDS a obtenu une indication en cas d'association à un autre facteur de risque que les patients soient ou non hypercholestérolémiques.
4. En cas d'hypertension artérielle associée, il faudra privilégier un traitement par IEC (étude HOPE)

### **Prévention secondaire en dehors de l'ischémie critique**

Au stade de prévention secondaire, les patients étant déjà artéritiques, l'objectif principal est le contrôle de l'évolution de la maladie artérielle pour préserver la marche du patient et l'intégrité de ses membres inférieurs. Il ne faut pas perdre à l'esprit que ces patients ont une dangerosité poly vasculaire. On doit donc craindre tout autant les accidents coronariens et cérébro-vasculaires que la dégradation de l'AOMI. Tous les items cités dans le chapitre prévention primaire restent d'actualité. Il faut que les patients s'astreignent à marcher beaucoup pour favoriser le développement de collatérales, pouvant faire office de véritables « auto-pontages ».

Les médicaments : Outre les traitements déjà mentionnés certains vasodilatateurs sont souvent utilisés bien que n'ayant véritablement jamais démontré d'efficacité préventive en terme de préservation de membres. Ils n'ont pour la plupart que des effets modérés sur l'allongement du périmètre de marche.

Les techniques de revascularisation font appel à deux grandes techniques : l'angioplastie et les pontages. Elles sont d'autant plus indiquées qu'il s'agit de lésions hautes touchant les axes ilio fémoraux ou la poplitée sus articulaire. En l'absence de risque d'amputation, de douleurs de repos ou de troubles trophiques difficiles à cicatrifier, les revascularisations au dessous du genou doivent être bien réfléchies ; En effet, le maintien à long terme de la perméabilité de ces pontages ou des sites dilatés est rarement obtenu.

### **Traitement de l'ischémie critique :**

**La définition de l'ischémie critique repose sur l'un des deux critères suivants :**

**-douleurs ischémiques de décubitus, persistantes et récidivantes, ayant nécessité régulièrement un traitement antalgique adéquat de plus de deux semaines avec une pression systolique inférieure ou égale à 50 mmHg à la cheville et/ou inférieure ou égale à 30 mm Hg à l'orteil ;**  
**- ulcérations ou gangrènes du dos du pied et des orteils avec une pression systolique inférieure ou égale à 50 mmHg à la cheville et/ou inférieure ou égale à 30 mm Hg à l'orteil.**

- La prise en charge en milieu spécialisé est impérative avec une équipe soignante entraînée aux soins locaux. Un geste mal fait peut aggraver définitivement la situation.
- Le repos au lit est toujours préconisé car la marche favorise la perfusion musculaire aux détriments de la perfusion cutanée réalisant alors un véritable « vol vasculaire »
- Le traitement anticoagulant par héparine fractionnée ou non s'impose
- Les complications infectieuses représentent la grande urgence : la prescription d'une antibiothérapie (d'abord probabiliste puis adaptée) est nécessaire en présence d'une cellulite, d'une arthrite septique ou d'une ostéite associée.
- L'iloprost est un vasodilatateur par voie veineuse indiqué quand aucune solution de revascularisation n'est possible
- Les antalgiques sont envisagés en cas de douleurs. L'aide d'un médecin de la douleur a son intérêt dans certaines situations difficiles.
- L'amputation bien que souvent inéluctable doit être au maximum conservatrice. Il faut donc prendre soin de ne pas se hâter de trop pour amputer et, si l'état clinique du patient le permet, laisser la nécrose se délimiter nettement avant d'agir (bonne visualisation de la jonction tissu sain nécrose)
- Les techniques de revascularisation invasives:
  1. Les techniques endovasculaires dont l'angioplastie est la plus courante. Elle est de plus en plus développée grâce au développement du matériel et à l'expérience des opérateurs permettant de sauver des situations, y compris en faisant des gestes sur des axes de jambes grêles peu engageant. Les stents actifs constituent probablement une grande avancée dans ce domaine mais des études restent nécessaires. Il faudra toujours s'assurer avant un geste d'angioplastie de ne pas risquer de priver le patient d'une chirurgie salvatrice en cas de complication (thrombose, dissection par exemple). Les autres techniques endovasculaires renforcent la panoplie du praticien : thrombolyse in situ, thrombo aspiration, ballon coupant etc....
  2. Les techniques chirurgicales, dont les pontages sont les plus fréquents, permettent au même titre et en même proportion environ que les techniques endovasculaires de sauver un bon nombre de membres inférieurs. Les dernières années ont vu l'essor des revascularisations distales par implantation des greffons sur les artères du pied ou de la cheville. L'expérience de l'opérateur y est primordiale. D'autres techniques sont moins utilisées comme la mise en place de lambeaux cutanés, l'utilisation de fixateur externe pour suspendre un membre et éviter des points d'appuis ou la thromboendartériectomie quasiment réservée pour les axes iliaques et les artères fémorales communes

# Alimentation du diabétique insuffisant rénal chronique: quelques repères...

**Marie-Paule Dousseaux**  
Diététicienne, Hôpital Pitié-Salpêtrière - Paris



Chez le diabétique, l'alimentation avec sa dimension sociale, symbolique et identitaire ne couvre pas seulement les besoins nutritionnels. Elle est aussi un facteur de prévention rénale, cardiovasculaire, de l'ostéoporose et de la dénutrition.

De la glomérulonéphrite incipiens à l'insuffisance rénale traitée par suppléance, les objectifs diététiques font évoluer l'alimentation. Elle doit être adaptée au patient, à ses résultats biologiques et à ses habitudes alimentaires.

**L'équilibre parfait du diabète est recherché et la correction des constantes lipidiques indiquée :** traitement médical, contrôle de l'apport des glucides, lipides et fibres, recommandation d'une activité physique.

## Protéines :

Dans les années 1950, l'action majeure des protéines sur la filtration glomérulaire est mise en évidence. Un repas riche en protéines entraîne une vasodilatation de l'artériole afférente, une augmentation de la pression intraglomérulaire et une hyperfiltration. La microalbuminurie (voire la protéinurie) est augmentée par cette modification hémodynamique.

En 1980, des travaux de l'équipe de Brenner montrent que l'élimination des déchets azotés d'un apport important de protéines alimentaires, nécessite un « travail rénal supplémentaire » et altère la fonction restante.

Depuis, la recherche de l'apport idéal en protéines a fait l'objet de nombreuses études.

Les dernières recommandations de l'ANAES, pour les insuffisants rénaux chroniques, sont en accord avec les apports recommandés par l'OMS pour l'adulte sain :

**0,8 g de protéines/kg/jour**

Par contre, des recueils de données épidémiologiques montrent que l'alimentation occidentale apporte 1,3 g de protéines/kg/jour. Face à cet excès d'apport, une prise en charge diététique est donc primordiale.

La connaissance des aliments les plus riches en protéines est nécessaire (viandes, poissons, œufs, charcuterie, produits laitiers, fromages...)

La notion de quantité, d'équivalences, de portions adaptées à chaque patient, en fonction de sa capacité rénale et de son poids, est essentielle.

La répartition protidique au cours de la journée est importante, afin de réguler la production et l'élimination rénale des déchets azotés. Le fractionnement de la prise protidique sur les trois repas, voire au cours de collations, évite un apport insuffisant, trop fréquent au stade terminal, où s'installe souvent une dénutrition.

La diminution de l'apport énergétique, due à la restriction protidique, doit être absolument compensée par un ajout de lipides riches en acides gras mono et poly insaturés (huiles, margarines végétales...) et de glucides complexes.

L'évaluation des apports protidiques est faite au cours des consultations, avec des recueils écrits de consommation, complétés par des interrogatoires oraux et par le dosage de l'élimination de l'urée urinaire des 24 heures :

**Apports protidiques =**

**Urée urinaire en mmoles/24h x 0,21 =**

**Urée urinaire en g/24h x 3,5**

La perte de protéines au cours des séances d'hémodialyse et leur fuite dans le liquide de dialyse péritonéale nécessitent une augmentation de l'apport à 1,2 g /kg/jour en hémodialyse, et jusqu'à 1,5 g/kg/jour en dialyse péritonéale.

La corticothérapie et la cicatrisation du transplanté rénal impliquent un besoin de : 1,2 g de protéines/kg/jour pendant les six premiers mois et ensuite, de 0,8 à 1 g de protéines/kg/jour.

## Calcium :

Le déficit de production du calcitriol entraîne, au cours de l'insuffisance rénale chronique, une diminution de l'absorption intestinale du calcium.

Le traitement immunosuppresseur du transplanté diminue l'absorption intestinale du calcium et augmente son élimination rénale.

Afin de lutter contre l'ostéoporose, **l'apport recommandé en calcium est augmenté à 1,2 g par jour associé à de la vitamine D** dès que l'insuffisance rénale s'installe.

Le lait, les produits laitiers, le fromage restent les aliments privilégiés. L'apport sera complété par des eaux plus ou moins riches en calcium.

### Sel :

La majorité des français consomme 12 à 15 g de sel par jour.

Pour optimiser au maximum les traitements anti-hypertenseurs, **l'apport du sel est contrôlé** et l'usage d'équivalences est très importante, pour avoir une alimentation variée et non restrictive.

L'objectif, au cours de l'insuffisance rénale, est d'arriver à un apport de 6 à 8 g par jour et de descendre à 6 g si la réponse des anti-hypertenseurs n'est pas satisfaisante.

En hémodialyse, lorsque la diurèse est très faible, le sel est limité à 6 g par jour, dans le but de diminuer la sensation de soif.

La dialyse péritonéale quotidienne permet un apport de 6 à 8 g de sel et davantage s'il y a fuite de sodium dans le liquide péritonéal.

Chez le transplanté, la corticothérapie à dose moyenne impose au début un apport quotidien de 4 g de sel, puis de 6 g.

La natriurèse est un bon indicateur des apports alimentaires.

100 mmoles de sodium urinaire par 24 h permet d'évaluer l'apport de sel à 6 g par jour.

### Potassium :

L'incidence de l'**hyperkaliémie** étant accrue du fait de l'insuffisance rénale chronique et de l'acidose, elle doit être surveillée étroitement en cas d'utilisation d'un antagoniste du système rénine angiotensine.

Jusqu'au stade d'insuffisance terminale, on veille à ce que l'alimentation ne soit pas trop riche en potassium (excès de fruits, de légumes et/ou de pommes de terre...)

En hémodialyse, la kaliurèse peut être très diminuée, par conséquence la kaliémie est augmentée : l'alimentation est contrôlée en potassium. La connaissance des aliments, des équivalences, de la technique de cuisson à l'eau pour les légumes et la pomme de terre est indispensable.

La dialyse péritonéale permet l'élimination quotidienne du potassium : une alimentation équilibrée suffit pour obtenir une kaliémie satisfaisante.

Après transplantation, la nouvelle fonction rénale associée au traitement normalise les constantes liées au potassium.

**Chez le diabétique, la prévention rénale doit être précoce** et dès la glomérulonéphrite incipiens, l'alimentation doit être adaptée.

Le nombre et l'importance des nutriments à contrôler nécessite **une éducation** diététique afin que le patient connaisse les aliments et puisse les utiliser, en prenant du plaisir à une alimentation équilibrée.

### Bibliographie

Pr Jean RIBSTEIN *Le risque rénal – émergence d'un concept.*

P. Jungers N.K. Man C. Legendre *L'insuffisance rénale chronique prévention et traitement.*

Pr André Grimaldi *Le guide pratique du diabète.*

ANAES *Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'IRC chez l'adulte. Septembre 2004*

B. Issad G. Deray *La dialyse péritonéale comme traitement de choix du diabétique insuffisant rénal chronique.*

## Rôle des paramédicaux dans le dépistage de la rétinopathie diabétique

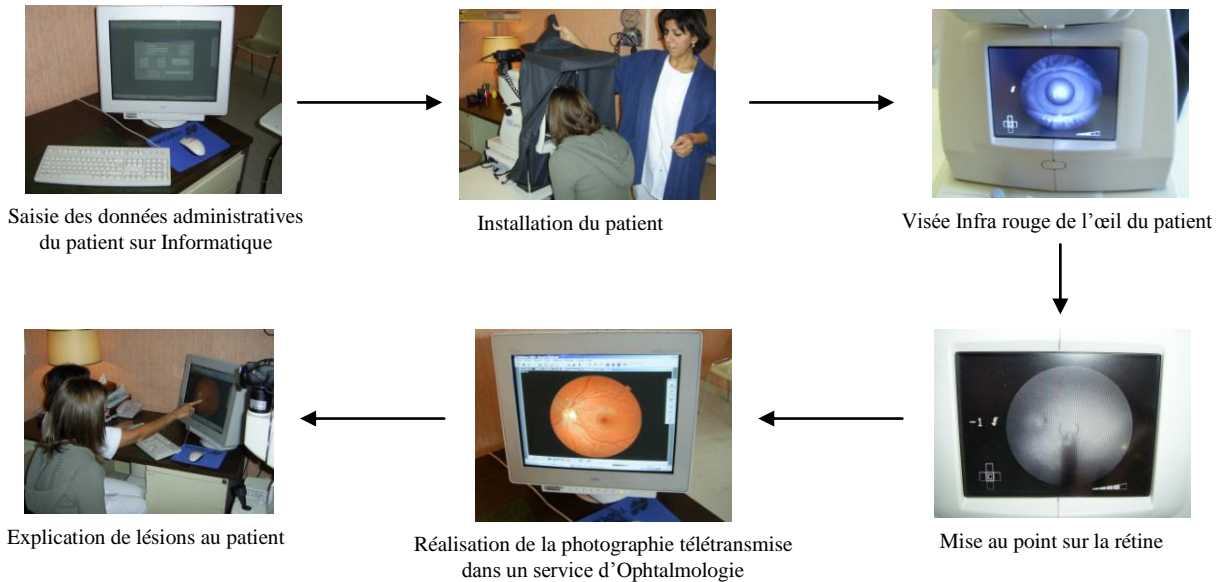


**N.Torche (1), D.Bomel (1), F.Aptel (2), Ph.Denis (2), L.Langevin (1), C.Thivolet (1)**  
(1) *Service d'endocrinologie, Hôpital E.Herriot - Lyon*  
(2) *Service d'ophtalmologie, Hôpital E.Herriot - Lyon*

La rétinopathie diabétique, principale complication oculaire du diabète, est la première cause de cécité avant 50 ans. Seul un examen du fond d'œil effectué régulièrement permet de la dépister à un stade accessible à des traitements efficaces. Du fait de la pénurie d'ophtalmologistes (5000 ophtalmologistes pour 2 millions de diabétiques), cet examen est rarement réalisé.

Une solution est proposée : la réalisation de photographies par des paramédicaux qui sont ensuite interprétées à distance par un médecin. Un dépistage de qualité nécessite de suivre un protocole rigoureux d'acquisition des images.

### Déroulement de l'examen :



### Importance du respect des différents temps :

Les flashes subits par le premier œil entraînent une constriction réflexe de la pupille du deuxième œil ('myosis ') diminuant la qualité des clichés du second œil :



1<sup>er</sup> Oeil



2<sup>ème</sup> Oeil

L'utilisation d'une chambre noire de façon à placer le patient dans l'obscurité permet d'obtenir une certaine dilatation spontanée de la pupille ('mydriase' physiologique). De même, il est important de laisser un temps d'attente d'au moins 2 minutes entre chaque photographie.

### Utilisation pour l'éducation du patient diabétique :

Pour la plupart des patients, notamment les plus jeunes, le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographe permet de leur faire visionner les photographies de leur rétine immédiatement après l'examen. Les clichés leur permettent de matérialiser les lésions, contrairement à la plupart des autres examens qui ne donnent que des résultats sous forme de chiffres. Les patients prennent alors conscience de la réalité de leur maladie, et ressentent une grande motivation pour se prendre en charge et améliorer leur équilibre glycémique. Cet appareil se révèle alors être un excellent instrument au service du soignant pour exercer sa fonction d'éducateur.

Le dépistage de la rétinopathie diabétique par photographies du fond d'œil réalisées par du personnel paramédical, avec ensuite télétransmission des images vers un service d'ophtalmologie pour interprétation semble être une technique simple et efficace. Le diamètre pupillaire semble être un facteur déterminant pour la qualité des clichés. De ce fait, il est intéressant de placer le patient dans une chambre noire, et nécessaire de laisser un temps d'attente entre les photographies. Il est important de respecter un protocole précis de réalisation de l'examen de manière à améliorer la sensibilité du dépistage.

L'infirmière joue alors un rôle actif dans le dépistage de la rétinopathie diabétique, avec notamment le rôle d'information et d'éducation du patient.

# La non Observance

## La non Observance, le Diabète & l'Inconscience

Michelle LENA,  
Psychologue, Marseille

Les termes observance, adhésion, concordance, voire compliance, sont couramment et parfois indistinctement utilisés pour désigner le **degré de concordance** entre le **comportement d'une personne** (en termes de prise médicamenteuse, de suivi de régime ou de changement de style de vie) et les **prescriptions** ou recommandations **du médecin**.

L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. Les études récentes (2004) de l'Organisation Mondiale de la Santé concluent que la proportion de malades chroniques qui respectent leur traitement n'est que de 50%. Dans le bulletin de l'ordre 367-Juillet 2000, il est indiqué que **7% des personnes diabétiques respectent correctement l'ensemble de leur prescription**.

L'observance à 100% n'existe pas, la non observance totale non plus. On rencontre le plus souvent des difficultés d'observance ou des ruptures d'observance secondaires ou progressives. Une personne à un moment donné présente un degré d'observance faible, modéré ou élevé. **L'observance est une variable dynamique qui fluctue au cours du temps, en fonction des événements de la vie de la personne.**

Pour comprendre les raisons de la non observance d'un patient diabétique il faut se pencher sur **la réalité de la maladie**. Le diabète est une affection chronique qui ne se voit pas, dont le traitement doit être pris à vie, sans espoir de guérison, le **pronostic** est réservé, avec des risques de **complications** graves à long terme. Cette maladie gêne de façon durable, voir définitive les réalisations habituelles de la vie, son confort, son aisance, sa fluidité et diminue l'autonomie et l'indépendance.

Le diagnostic et **l'annonce d'un diabète est un traumatisme** qui correspond à une crise événementielle se déroulant en trois étapes : un épisode confusionnel (état de sidération, déni, refus) une phase de crise, de désarroi (incertitude, angoisse, dépression) puis le dénouement avec : soit une réorganisation (le diabète est accepté ainsi que son traitement), soit une désorganisation (la compliance est épisodique).

La vie du diabétique est rythmée par des bilans, des consultations médicales de contrôle avec la crainte des résultats de l'HBA1C et de leurs conséquences, qui rappellent sans cesse la maladie, relancent l'inquiétude et entretiennent la souffrance.

**Les peurs et les craintes sont présentes au quotidien** à cause des hospitalisations, des traitements contraignants et définitifs (injection d'insuline, auto surveillance glycémique à raison de 4 à 6 par jour, restriction alimentaire bien que mieux adaptée de nos jours), des symptômes d'hypoglycémie, de la nécessité de réfléchir avant de faire un exercice physique si minime soit-il.

La perte de la santé va obliger le diabétique à faire **un travail de deuil**, à accepter de passer d'un état à l'autre, à renoncer à la situation antérieure, à percevoir les limites de la vie humaine, à progresser dans l'adhésion au principe de réalité. D'après Freud « *Le deuil est un travail intérieur psychique d'intégration de la perte* » qui comporte différentes phases de modifications affectives, de bouleversements intérieurs et de réaménagements.

La réalité de son corps malade est pour le diabétique une « **blessure narcissique** », une atteinte du schéma corporel (modèle neurologique) et de l'image idéale du corps (construction imaginaire inconsciente). Cette blessure est liée à un sentiment de différence et de vulnérabilité, à une diminution de l'intégrité corporelle, à une limitation des possibilités physiques. A cause de la maladie, le diabétique ne sera plus jamais capable de réaliser ses espoirs et ses projets.

Le deuil narcissique oblige le diabétique à **renoncer à la toute puissance** en acceptant cette castration symbolique. Le diabète en réactivant des angoisses infantiles peut devenir punition et générer une sensation d'infériorité et d'insuffisance, une menace de l'extinction des plaisirs de la vie, une impossibilité à intégrer les pertes, les limites, les failles.

**Le diabète est un événement stressant** qui oblige l'organisme à mobiliser ses défenses pour faire face : c'est le « coping ability ». Cette capacité adaptative est liée à l'état constitutionnel du patient, aux événements de son histoire personnelle, à ses caractéristiques psychologiques (immaturité affective, manque de contrôle émotionnel).

**C'est la dimension intrapsychique qui va influencer de façon positive ou négative l'observance thérapeutique et déterminer le type de comportement du patient.** Les oublis de prendre son traitement (comme les rêves, les actes manqués, les lapsus) échappent à la conscience réfléchie, sont révélateurs de l'influence de l'inconscient sur nos actes et nos pensées.

**La non observance est une résistance**, plus ou moins marquée, exprimée ou non, vis-à-vis du



traitement prescrit, qui n'est pas due à des difficultés de compréhension, des manques de connaissances ou des mauvaises relations avec l'équipe soignante. Il s'agit d'un **refoulement dans l'inconscient** des tensions émotionnelles génératrices d'angoisse : événements traumatiques, chocs affectifs, conflits.

Le refoulement ainsi que les différents **mécanismes de défense** font partie des concepts fondamentaux de la psychanalyse. Freud les a décrits comme des **processus psychologiques d'adaptation du moi à la réalité extérieure**.

Pour s'adapter et se défendre l'individu utilise ces mécanismes régulateurs (créés au cours de l'enfance) qui fonctionnent dès qu'une menace surgit. Ils sont « généralement » inconscients, servent à résoudre les conflits émotionnels, protègent de l'anxiété, permettent la rééquilibration de la personnalité.

Le choix du mécanisme dépend des caractéristiques du sujet, en particulier la force de son moi. Le patient qui a un moi faible va investir toute son énergie dans une organisation défensive, qui ne trouve pas d'issue, devient pathologique, va renforcer la résistance au traitement. Une situation de crise apparaît entraînant : des poussées dépressives, des phases anxieuses, des symptômes névrotiques : scrupules obsessionnels, compulsions (hyperactivité).

**Certains mécanismes de défense**, devenus névrotiques, **sont responsables de la non observance** et indiquent une défaillance dans les stratégies d'ajustement à l'adversité. En dehors du refoulement, du déplacement, de la projection, on rencontre des défenses de type « déni » comme le déni, l'isolation affective, la rationalisation ainsi que des défenses au niveau de l'agir comme le passage à l'acte, l'agression passive, l'hypochondrie.

**Le patient diabétique est dans une situation paradoxale**, tiraillé entre le désir d'autonomie et la relation de dépendance. Le déni du diabète provoque la soumission ou la tricherie, il permet la mise à distance et la sauvegarde d'une partie du narcissisme. Les conduites d'opposition en protégeant de la dépendance redonnent un certain pouvoir sur la maladie.

Le psychisme humain, quelque soit les caractéristiques individuelles, a besoin d'un **temps d'élaboration psychique interne** pour s'adapter aux contraintes imposées par la réalité de la maladie, prendre conscience des pertes, intégrer les éléments nouveaux, trouver un compromis entre les pulsions, les désirs inconscients et les exigences défensives du moi.

## La non observance et le diabète de type 2 : le point de vue du médecin

**Dr Freddy Penfornis**  
*Service d'Endocrinologie-Diabétologie*  
*CHU de Besançon*



Avec l'allongement de l'espérance de vie et les progrès thérapeutiques réalisés ces dernières décennies, le nombre des patients atteints d'une pathologie chronique et la durée pendant laquelle ces patients sont confrontés à la maladie ne cessent d'augmenter. La prise en charge de ces pathologies chroniques est l'objet de la grande majorité des actes médicaux quotidiens et le grand défi auquel doivent répondre les professionnels de santé (PS) dans les années à venir. L'adhérence au traitement est un paramètre fondamental de cette prise en charge quand on sait qu'environ 50 % des patients souffrant d'une maladie chronique ont une mauvaise observance.

Le patient a longtemps été considéré comme l'unique responsable d'une mauvaise adhérence au traitement et l'attitude des PS, contre-productive, était (et reste encore bien souvent) culpabilisatrice. Plus récemment, le rôle de la politique de santé, du système d'organisation des soins, de l'environnement socio-économique, des caractéristiques de la maladie chronique, et des soignants a été bien mis en évidence. La prise de conscience de ces derniers de

leur rôle crucial dans l'amélioration de l'adhérence des patients au traitement reste cependant timide et fragile, en raison, entre autres, d'une absence quasi-totale de ce thème dans la formation initiale des PS. De nombreuses solutions ont pourtant été proposées pour améliorer l'adhérence, mais ne sont pas transmises et donc pas appliquées.

Les conséquences d'une mauvaise observance sont désastreuses aussi bien sur le plan de la morbidité et de la mortalité que sur celui des coûts de la santé. Augmenter l'efficacité des interventions visant à accroître l'adhérence pourrait avoir un impact sur la santé de la population bien plus grand que n'importe quelle amélioration médicale ou technologique. Le diabète, qui cumule un grand nombre de facteurs de risque de non adhérence, plusieurs co-morbidités et de nombreux traitements, médicamenteux ou non, en est un des meilleurs exemples. Quelques moyens pratiques, liés à la relation soignant-soigné, pour aider les patients à adhérer à leur traitement, peuvent être cités :

- simplifier le plus possible le traitement,
- fournir des instructions claires,
- rappeler ses rendez-vous au patient,
- suivre l'adhérence au traitement et aux rendez-vous,
- appeler les patients qui ont manqué un rendez-vous,
- renforcer l'importance de l'adhérence à chaque consultation,
- rechercher l'aide de l'entourage proche, familial ou non, avec la permission du patient,
- apporter un support éducationnel, de suivi et/ou psychologique par d'autres professionnels de santé (éducateurs médico-sportifs, kinésithérapeutes, infirmiers, diététiciens, psychologues...) à chaque fois que c'est possible,
- négocier des priorités avec le patient.

Parmi ces moyens, des programmes de soutien à l'observance, animés ou non par des PS, se sont récemment développés. Ils peuvent être rassemblés sous le terme de *coaching* dont les maîtres mots sont : guider, accompagner. Le *coaching* repose sur un postulat : le patient *coaché* a, en lui, les compétences et le potentiel pour trouver ses propres solutions. Le *coach* agit comme un catalyseur, un facilitateur de changement en mobilisant les énergies du *coaché*. Ainsi, plusieurs expériences ont été menées chez des patients diabétiques de type 2, qui faisaient appel à une assistance téléphonique, le plus souvent réalisée par des infirmières de diabétologie spécifiquement formées à ce type d'accompagnement. Ces études randomisées rapportent une amélioration significative de l'équilibre glycémique qui passe par une meilleure adhésion des patients aux modifications du mode de vie et à l'auto-surveillance glycémique. D'autres travaux reposant sur l'assistance téléphonique mettent en évidence une amélioration de l'adaptation des doses d'insuline.

D'une manière plus générale, de très nombreuses publications anglo-saxonnes font état depuis 10 ans d'une amélioration de la qualité des soins obtenue par l'intervention d'infirmières spécialisées auprès de patients diabétiques dans des situations diverses. Les tâches assurées par ces infirmières vont de l'intensification du suivi en utilisant à plein leurs compétences d'auxiliaire médicale (bilan somatique et psycho-social, appel téléphonique mensuel des patients pour s'enquérir de leurs difficultés et leur rappeler leurs rendez-vous programmés, éducation des patients en groupe ou en individuel) à la réalisation d'actes par délégation des médecins comme la modification des doses des hypoglycémifiants, des anti-hypertenseurs et des hypolipémiants dans le cadre d'algorithmes préétablis. Dans tous les cas, les infirmières ont reçu

une formation spécifique préalable et agissent sous la supervision des médecins. Une revue de la Cochrane Collaboration concluait fin 2002 que l'intervention des infirmières *pouvait améliorer le contrôle métabolique des diabétiques de type 2 sur une courte période, sans augmenter le recours aux services d'urgence ni altérer la qualité de vie*, mais notait que des études sur une plus longue durée étaient nécessaires. Des publications plus récentes font état de résultats plus consistants. Ainsi, une étude qui a inclus des patients diabétiques de type 2 ayant une HbA1c >10%, une hyperlipidémie, une HTA ou une maladie coronarienne a montré une amélioration du contrôle glycémique, des lipides et de la PA. Deux autres études ont pris pour cibles le traitement des facteurs de risque non glycémiques : la première, ciblée sur le traitement de l'HTA et de l'hypercholestérolémie, a montré une amélioration de la PA et surtout du bilan lipidique, ainsi qu'une réduction de la mortalité toute cause après 18 mois de suivi par les infirmières ; la seconde ciblée sur le traitement de l'HTA a montré un meilleur contrôle de la PA et une amélioration significative des scores de risque de cardiopathie ischémique et d'accident vasculaire cérébral. Enfin trois études ont montré que l'intervention d'infirmières spécialisées agissant dans le cadre de protocoles détaillés permettait une amélioration significative du contrôle du diabète, des lipides et de la PA chez les diabétiques hispaniques ou afro-américains. Dans une des ces études, l'intervention conjointe de travailleurs sociaux a amplifié cette amélioration. Ceci suggère que l'intervention des infirmières est particulièrement bénéfique auprès des patients ayant une HbA1c élevée, une HTA ou une dyslipidémie non contrôlée, atteints de comorbidités ou appartenant à des minorités socio-culturelles. Un rapport du CREDES indique que, dans les prochaines années, l'augmentation du nombre d'infirmières combinée à la réduction du nombre des médecins va donner une base rationnelle en France au recours aux infirmières pour intensifier le suivi des patients diabétiques en difficulté.

Les paramédicaux en diabétologie, et en particulier les infirmières, sont-ils la solution aux problèmes de l'observance et de la prise en charge des diabétiques de type 2 ? Nul doute qu'ils peuvent et doivent, dans un proche avenir, grandement y contribuer à travers une extension du domaine de leurs compétences et après formations spécifiques. Ces formations ne dispenseront cependant pas d'avoir 3 qualités essentielles dans l'accompagnement de patients atteints de pathologie chronique, et sans lesquelles toute compétence technique est probablement peu utile : empathie, regard positif inconditionnel et authenticité. Les paramédicaux ne sont pas les plus dépourvus de ces qualités.

# Concours d'outil éducatif ALFEDIAM Paramédical - Abbott Diabetes Care



**Karine BARRE**  
*Diététicienne, CHU Toulouse*

Depuis Février 2003 des séances d'éducation thérapeutique sur le diabète gestationnel sont mises en place de façon hebdomadaire à l'hôpital Paule de Viguier (maternité du CHU de Toulouse). L'équipe soignante animant ces séances a ressenti le besoin de mettre en place un outil qui aurait pour objectif de cibler les attentes des patientes et de coordonner le déroulement de la séance tout en augmentant le taux de participation des patientes.

## Description :

Le tableau se compose de trois éléments :

- Un tableau blanc, sur roulettes, magnétique, pré imprimé de six cercles de couleurs différentes.
- Des cartes magnétiques, rectangulaires, de 6 couleurs différentes comportant des questions sur 6 thèmes :
  - Mécanismes et facteurs de risque du diabète gestationnel (cartes rouges)
  - Les conséquences pour le bébé (cartes bleues)
  - Les conséquences pour la maman (cartes vertes)
  - La prise en charge du diabète gestationnel (cartes jaunes)
  - L'alimentation (cartes roses)
  - Le vécu de la grossesse associé au diabète gestationnel (cartes marron)
- Des cartes magnétiques ovales de 6 couleurs différentes sur lesquelles les patientes pourront écrire.

## Mode d'emploi :

● Les patientes choisissent chacune trois cartes parmi les cartes rectangulaires correspondant à leurs attentes, si elles ont une question particulière, qu'elles ne trouvent pas sur la table elles ont la possibilité de l'écrire sur des cartes vierges prévues à cet effet.

● Les cartes sont placées sur le tableau en fonction des couleurs.

● Le groupe de patientes donne un nom à chaque groupe formé. Le choix de ce nom se fait à l'aide de la sage-femme qui anime cette partie. Ensuite les patientes écrivent le nom sur les cartes ovales et l'aimantent sur le tableau.

● Chaque intervenant aborde un ou plusieurs groupes de questions.

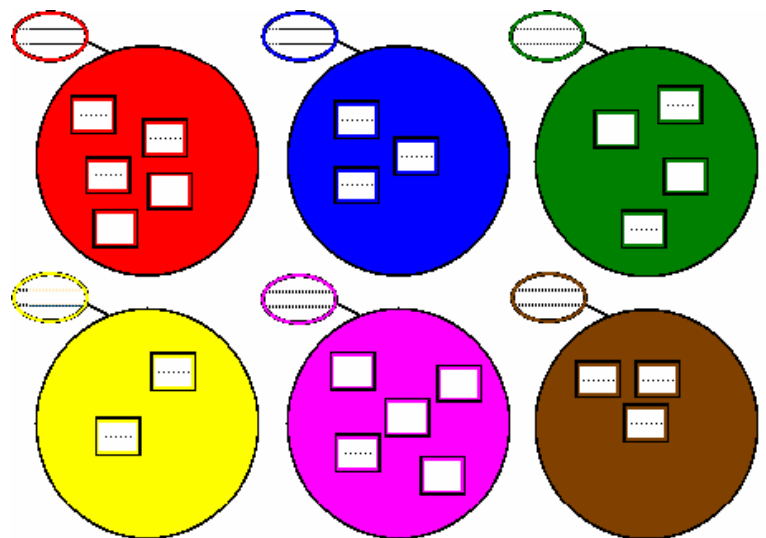
- Les sages femmes traitent les questions rouges sur les facteurs de risques, les questions bleues sur les conséquences pour le bébé et les questions vertes sur les conséquences pour la maman.

- La diabétologue traite les questions jaunes sur la prise en charge du diabète gestationnel.

- La diététicienne parle d'alimentation et donc des questions roses.

- La psychologue traite les questions marron sur le vécu de la grossesse et du diabète.

Pour traiter sa partie, chaque intervenant s'appuie en priorité sur les questions des patientes afin de personnaliser l'éducation aux attentes des patientes.



## Evaluation :

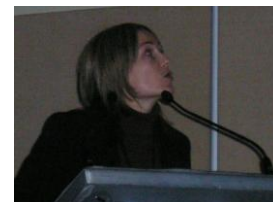
Une double évaluation est prévue pour cet outil prenant en compte d'une part le point de vue de la patiente par le biais d'un questionnaire et d'autre part le point de vue des soignants grâce à une grille d'évaluation. Celle-ci permettra de modifier l'utilisation de l'outil ou réorganiser le déroulement de la séance d'éducation si l'éducation prouve que cela est nécessaire

## Diffusion :

La diffusion se fera sur le plan national par le biais du laboratoire ABOIT DIABETES CARE dans tous les établissements proposant un programme d'éducation pour la santé.

## Le point de vue de l'infirmier

Valérie Nardo, CHU Nice



Les patients atteints d'un diabète notamment de type 2 présentent un risque d'affection cardiovasculaire deux à quatre fois plus important que les non diabétiques (30 000 infarctus du myocarde (IDM) par an).

L'atteinte des coronaires représente la cause principale de mortalité du diabétique.

Au décours d'un accident cardiaque (crise d'angor, IDM, œdème aigu du poumon (OAP), décompensation cardiaque), nous sommes donc amenées à rencontrer des diabétiques de type I ou II connus et des patients dont le diabète est découvert lors de l'hospitalisation : diabète dit inaugural.

L'éducation de ces patients doit tenir compte aussi des facteurs de risque associés au diabète : hypertension artérielle (HTA), surpoids, dyslipidémies, tabagisme, sédentarité...

En fonction de tous ces paramètres, une stratégie thérapeutique et nutritionnelle est mise en place afin d'obtenir le meilleur équilibre glycémique, visant ainsi à limiter toute nouvelle complication cardiovasculaire.

La prise en charge thérapeutiques de l'insuffisance coronaire chez le diabétique doit être double, diabétologique et cardiologique, basée sur l'éducation du patient.

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. La formation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi collaborer avec les soignants. Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie ».

L'éducation infirmière vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie diabétique et cardiaque.

Elle est reconnue comme capitale pour l'observance thérapeutique et permettre de diminuer l'incidence des complications à court, moyen et long terme.

### Les objectifs de l'éducation sont :

- la transmission d'une connaissance d'un savoir ;
- l'acquisition de compétences par les patients ;
- déterminer les buts en collaboration avec les soignants ;
- informer l'entourage ;
- expliquer, faire face à la maladie, résoudre les problèmes thérapeutiques ;
- pratiquer, adapter, réajuster ;
- utiliser les ressources du système de soins.

### Les principes sont :

- ne pas banaliser, ne pas dramatiser la maladie ;
- dialoguer ;
- favoriser un rôle actif du patient (le laisser s'exprimer : vécu de la maladie, de son traitement, difficultés qu'il rencontre quotidiennement dans la prise en charge de sa maladie) ;
- adapter l'information délivrée au niveau de la compréhension du patient : personnaliser l'information ;
- laquelle nécessite une approche globale du patient : un contexte psychologique, un environnement socioculturel ;
- ne pas hésiter à répéter, à reformuler ;
- faire pratiquer : utilisation du matériel ;
- fournir une documentation à laquelle se référer si doutes (carnets).

A la sortie de l'hôpital, les patients sont souvent inquiets et craignent de ne pouvoir assurer seuls, leur maladie. Ils ont besoin parfois d'un conseil ou tout simplement d'être rassurés. C'est pourquoi nous leurs demandons de téléphoner dans le service s'ils en ressentent la nécessité.



## Le point de vue du diététicien Annick Tutticci, CHU Nice

La plupart de nos patients diabétiques sont de type II et beaucoup présentent une surcharge pondérale, avec souvent HTA et dyslipidémie associées. Chez ces malades, la perte de poids est un objectif thérapeutique essentiel car elle entraîne :

- une diminution de l'insulino-résistance ;
- une amélioration de la glycémie ;
- un effet bénéfique sur la pression artérielle et les anomalies lipidiques.

La prise en charge du patient diabétique commence par une enquête alimentaire. Celle-ci nous permet d'analyser le comportement alimentaire du patient et d'élaborer ensuite un régime adapté.

Les erreurs les plus fréquentes décelées lors des bilans, sont :

- consommation excessive de graisses saturées (fromage, beurre, viennoiserie, viande...) et d'oméga 6 (huile de tournesol) ;
- insuffisance d'apport en oméga 3 ;
- consommation insuffisante d'aliments cardio-protecteurs (poisson, légumes, fruits, légumineuses).

La plupart des patients suppriment les produits sucrés, limitent les féculents et le pain, mais ne contrôlent pas les graisses.

Bases du régime :

- Alimentation équilibrée, répartie le plus souvent sur trois repas à horaires réguliers.
- Ration normocalorique, si poids normal ;
- Ration légèrement hypocalorique si excès de poids : les objectifs de poids doivent être réalistes, raisonnables et définis en collaboration avec le patient.
- Protéines  $\approx$  15 % CT
- Glucides  $\approx$  50 % CT. On conseille des aliments à index glycémique bas : produits complets, légumineuses et l'association féculents et légumes au même repas
- Lipides  $\approx$  35 % CT. On privilégie les AGMI (oméga 9) (huile d'olive) et les oméga 3 (ALA, EPA, DHA), soit, huile de colza, noix, poissons gras ; 2 g d'oméga 3 par jour :
- Sel = la restriction sodée après un IDM n'est pas systématique. L'alimentation hyposodée est conseillée en cas d'Insuffisance cardiaque, d'OAP, d'Infarctus du Myocarde antérieur, ou d'HTA importante.

En cardiologie, la diététique du patient diabétique fait une large place au régime méditerranéen.

### Conclusion

L'éducation vise à la fois à l'amélioration de la qualité de vie, l'amélioration du contrôle métabolique (prise en charge de tous les facteurs pouvant altérer le capital santé : alimentation, poids, tabagisme, activité physique) et la prévention des complications ou récurrences tout en tenant compte des facteurs personnels (croyance de la maladie : deuil et acceptation de la maladie), d'environnement (soutien familial ou amical) et sociologiques (accès au soins ou à la connaissance).

Le but de l'éducation est que le patient se prenne en charge pour gérer sa pathologie par un traitement adapté et une bonne hygiène alimentaire.

## Journée d'Automne 2006

La prochaine journée d'Automne de l'ALFEDIAM Paramédical aura lieu le vendredi 24 Novembre 2006 à Toulouse.

Le Comité scientifique a retenu pour thème de cette journée : parlons du Diabète autrement.

Le pré programme vous sera communiqué au plus tôt.

**Édité par l'ALFEDIAM Paramédical**  
58 rue Alexandre Dumas – 75011 Paris  
01 40 09 89 07 – [alfediam@magic.fr](mailto:alfediam@magic.fr)

**[www.alfediam.org](http://www.alfediam.org)**

**Responsable de Publication** : Odile Lautier  
**Rédacteurs en Chef** : Caroline Fouquet  
Jocelyne Bertoglio