



Editorial

Caroline MARTINEAU

Présidente de l'ALFEDIAM/SFD Paramédical

L'édition 2009 du congrès annuel de l'ALFEDIAM restera gravée dans l'histoire de notre société savante pour deux grandes raisons: le changement de nom et la modification du programme de formation des paramédicaux. sous forme d'une demie journée supplémentaire.

Le changement de nom, puisque l'ALFEDIAM devient la Société Francophone de Diabète. Nom beaucoup plus lisible, en particulier pour les tutelles avec qui les professionnels de santé de la Diabétologie travaillent actuellement pour l'organisation des soins et le financement des actes d'éducation thérapeutique entre autre. Par ailleurs, ce « nouveau » nom affiche clairement le caractère francophone de cette société qui fait aussi sa force, et sa diversité.

Le deuxième fait marquant de ce congrès annuel de l'ALFEDIAM 2009 est l'ajout d'une session supplémentaire dans le programme paramédical, dont l'ouverture se place désormais le mercredi après-midi. Nous devons ceci au bureau actuel de l'ALFEDIAM et en particulier à son Président Serge Halimi. A Strasbourg cette grande première fut un succès, et les paramédicaux ont été au rendez-vous, c'est pourquoi nous renouvellerons ceci à Lille où le programme paramédical de la Société Francophone du Diabète débutera également le mercredi après-midi.

Enfin, ceci a pu avoir lieu avec un esprit de convivialité et de fête grâce au Pr Michel Pinget que je remercie ici au nom des paramédicaux de l'ALFEDIAM/SFD pour l'accueil qu'il nous a réservé à Strasbourg.

N°50
Printemps 2009



Sommaire

Editorial : Caroline Martineau

Page 2 :

Alimentation & obésité depuis la préhistoire : Quelles leçons pour l'avenir ?

Dr Gilles Delluc

Page 3 :

Appréhension & difficultés des soignants face à la personne diabétique : expérience dans une clinique à orientation cardiologique & chirurgicale.

*Nathalie Deniel,
Virginie Marchand,
Nathalie Gervaise*

Page 4 :

Comment « grandir » avec le Diabète :

1998-2001 : Etat des lieux & perspectives du passage de l'adolescent avec un diabète des structures des soins pédiatriques à celles de l'adulte

*Luz Perrenoud,
Montserrat Castellsague*

Page 8 :

Composition des instances de la Société Francophone du Diabète Paramédical

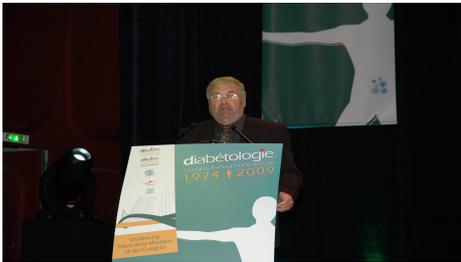
Alimentation et obésité depuis la Préhistoire :

Quelles leçons pour l'avenir ?

Dr Gilles Delluc

Médecin Chef des hôpitaux, Docteur en Anthropologie

Laboratoire de Préhistoire du Muséum national d'histoire naturelle, Paris



Nous sommes sur cette terre, nous les hommes, **depuis 2,5 millions d'années**, depuis *Homo habilis* en Afrique. Nous nous sommes nourris de la chair des animaux sauvages, charognés ou chassés, et des plantes cueillies ou ramassées, en pratiquant un exercice physique intensif. Nous sommes **génétiquement programmés pour ce mode de vie**. Il nous a permis de vivre et d'évoluer. Chez les Cro-Magnons, on observe seulement des obésités gynoides (les célèbres statuettes appelées *vénus*), mais ces obésités ne sont pas liées à la suralimentation et à l'inactivité physique. Elles ne font pas partie du dangereux syndrome métabolique.

Et puis, **il y a moins de 10 000 ans, progressivement, les hommes du Néolithique ont inventé la culture et l'élevage** : la production des céréales farineuses et des animaux gras.

Cette révolution néolithique va nous conduire, à travers l'Histoire, jusqu'à la fin du XIX^e siècle : **l'expansion industrielle** nous apportera alors un surcroît de denrées alimentaires, essentiellement les sucres « rapides » de la confiserie et de la pâtisserie, les acides gras saturés de la charcuterie et de la crémierie, le sel à foison, et, bien sûr, divers toxiques comme les boissons fortes et le tabac. Bref, nous qui, pendant le Paléolithique, soit durant **99,5 % de notre trajectoire d'hommes**, avons été des consommateurs de viande maigre (gibier), de poisson et de plantes sauvages à fibres, assez durement acquis, nous devenons, au décours, pour **les derniers 0,5% de notre évolution**, des sédentaires aux habitudes bouleversées, aujourd'hui menacés par **le syndrome métabolique : l'obésité de surcharge, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les anomalies des graisses sanguines, les maladies coronaires, les accidents vasculaires cérébraux, et probablement certains cancers**, qui sont devenus les grandes maladies de notre XXI^e siècle.

Les récepteurs CB1, qui nous permettent de manger sans fin et sans faim, de faire des stocks lipidiques, nous ont rendu service au temps des disettes. Ils sont devenus très encombrants au temps des congélateurs. Car nous sommes demeurés, intrinsèquement, les mêmes. Nos besoins en nutriments sont maintenant mieux connus du fait des progrès récents de la physiologie et de la médecine. Nous ne pouvons pas vivre - et nous n'avons pu survivre - sans un apport minimum et équilibré en protides, lipides, glucides, électrolytes, micronutriments et eau. On connaît donc ces données chiffrables. On sait aussi quelles étaient les ressources animales et végétales disponibles au cours des temps préhistoriques. On a colligé de nombreux indices lors de la fouille des gisements et lors de l'analyse des dessins préhistoriques. Il est donc possible au médecin et au préhistorien, s'appuyant sur des connaissances actualisées en nutrition humaine, de tenter un essai de "paléo-physiologie". Ils pourront se faire une idée assez précise de la composition de la ration alimentaire à divers moments de notre préhistoire, expliciter certains choix, comprendre certaines pratiques. Une telle étude a en outre deux conséquences notables : certes nous devons renoncer à l'image traditionnelle d'un homme préhistorique trouvant dans une pitance carnée une difficile subsistance, tel que l'a dessiné notre imaginaire ; mais nous pouvons sans doute tirer quelques leçons pratiques de ces observations, calculs et réflexions sur **l'alimentation à privilégier** : viandes peu grasses, poissons, légumes à fibres, fruits, pas d'alcool ni de tabac, peu de sel, et un bon exercice physique. L'étude de la Préhistoire confirme donc exactement ce que recommandent les nutritionnistes. L'étude de la Préhistoire se montrerait alors d'une certaine utilité pour l'homme d'aujourd'hui et, plus encore, pour celui de demain.

Journée d'Automne 2009 des paramédicaux

Paris, le vendredi 20 Novembre 2009

Institut Océanographique, Paris 5^e

Approches législative et psycho- sociale du Diabète

SOCIÉTÉ
FRANCOPHONE
F DU
diabète



Appréhensions et difficultés des soignants face à la personne diabétique : expérience dans une clinique à orientation cardiologique et chirurgicale

Nathalie Deniel, Virginie Marchand, Nathalie Gervaise
Service de diabétologie - Clinique St Gatien

Infirmière en chirurgie à la clinique Saint Gatien (clinique à orientation cardio vasculaire, chirurgicale et médicale (cardiologie, dialyse et diabétologie depuis 2002), j'ai eu l'opportunité avec l'arrivée d'un médecin diabétologue de me former plus spécifiquement à cette spécialité et à l'éducation thérapeutique (je suis maintenant l'infirmière coordinatrice du service d'hospitalisation à temps partiel de diabétologie récemment créée).

C'est au cours de mon activité transversale de diabétologie (intervention dans les différents services de la clinique à la rencontre des patients diabétiques mais aussi des équipes pour les sensibiliser à la prise en charge des patients diabétiques) que m'est venue l'idée ce travail après qu'un infirmier m'ait interpellée en me disant « ne pas aimer s'occuper des diabétiques » !

J'ai donc élaboré un questionnaire anonyme remis aux infirmiers de la clinique destiné à explorer les perceptions des soignants sur le diabète et leurs représentations de la maladie en citant 3 mots en rapport avec le diabète et 3 avec la personne diabétique.

La partie suivante du questionnaire aborde les appréhensions liées à la prise en charge de patients diabétiques, et les difficultés rencontrées et leur fréquence.

Les résultats montrent que 9 infirmiers (16%) disent « ne pas aimer s'occuper des diabétiques, 19 (34%) répondent ne pas faire de différence avec d'autres patients et 27 (49%) répondent « aimer ».

45 (85%) disent s'intéresser à la pathologie à titre professionnel.

Les notions relatives à la glycémie (41 réponses), à l'insuline (32), à l'alimentation (24) et aux complications chroniques (18) ou métaboliques (12) sont les plus citées en rapport avec le diabète, alors que celles relatives à l'auto surveillance glycémique (26), à l'alimentation (22), à l'autonomie (10), aux contraintes (10) et à l'éducation (9) sont associées à la personne diabétique.

13 (23%) infirmiers disent rencontrer des appréhensions face aux patients diabétiques, 29 (52%) des difficultés au moins une fois par semaine.

Les besoins exprimés sont le plus souvent d'ordre technique (protocoles d'adaptation des doses d'insuline, correction des hypoglycémies...), sauf pour les services où j'interviens le plus souvent qui orientent alors leurs besoins vers l'éducation thérapeutique.

Pour conclure, les infirmiers non spécialisés en diabétologie au sein de la clinique sont souvent entravés dans leur approche des personnes diabétiques (au point pour 16% d'entre eux, de ne pas aimer cette partie de leur travail) par leur manque de connaissances de cette pathologie dans ces aspects techniques, mais aussi par la particularité de la relation soignant/soigné dans la pathologie chronique.

Outre des formations classiques de mise à niveau des connaissances, il semble nécessaire de développer la formation à l'éducation thérapeutique pour permettre aux soignants une approche plus facile des personnes diabétiques dans leur pratique professionnelle.

Agenda

Salon du Diabète et de la Nutrition : 13-15 Novembre 2009, Paris

Journée Santé Education du DELF : Vendredi 5 Février 2010, Paris

Congrès annuel de la Société Francophone du Diabète (ALFEDIAM) : 16-19 Mars 2010 à Lille

Programme Paramédical : mercredi 17 Mars 2010 16h-18h, et jeudi 18 mars 8h30 – 17h

Comment « grandir » avec le Diabète : 1998-2001 : Etat des lieux & perspectives du passage de l'adolescent avec un diabète des structures des soins pédiatriques à celles de l'adulte

Luz Perrenoud et Montserrat Castellsague
Infirmières Spécialistes Cliniques

Résumé

Le présent article décrit les résultats d'un projet transversal dans notre institution. Nous avons fait un état des lieux des modalités existantes du passage avant de débiter le projet(1998-1999), puis nous avons fait une proposition des stratégies spécifiques dans une perspective d'améliorer la qualité de la prise en charge, du suivi et de la continuité du suivi des jeunes adultes avec un diabète (1999-2001) ainsi que l'évaluation après 7 ans d'application du dispositif de passage (2008).

Nous avons proposé un outil qui " résume " une étape importante de la vie d'un patient avec un diabète, d'un point de vue **objectif**, renseignements personnels, renseignements biologiques (biomédical), et d'un point de vue **subjectif**, connaissances, apprentissages, croyances, vécu (biopsychosocial).

Cet outil a été innovant pour notre équipe et a répondu à un besoin des utilisateurs : patients et leur entourage, équipes de pédiatrie et médecins pour adultes.

Introduction

Au courant de l'année 1995 un jeune homme de 23 ans se présente aux urgences de l'hôpital pour demander une ordonnance médicale pour de l'insuline et des seringues. Il a le diabète depuis l'âge de 11 ans, a été suivi en pédiatrie jusqu'à l'âge de 18 ans, et depuis 4 ans il ne consulte plus de diabétologue. Pour obtenir ses ordonnances il se "**débrouille**".

Nous avons déjà constaté à plusieurs reprises que des adolescents quittant même tardivement la pédiatrie, ne faisaient pas le nécessaire pour continuer à être suivis régulièrement par un diabétologue et ceci, malgré les informations données par l'équipe de diabétologie pédiatrique.

Que s'est-t-il passé? Pourquoi ils n'ont plus été suivis...?

La prise en charge des patients atteints de diabète représente un enjeu primordial de santé publique. Elle se caractérise par des changements permanents et durables qui vont affecter la vie de l'individu à la fois sur le plan physique, psychologique et social, c'est à-dire le malade dans sa globalité¹

Bilan

La "Fiche de Transfert" a été le fruit du constat déjà fait en 1995 et elle a comblé un manque.

Elle fait partie d'un processus où l'adolescent devient acteur, il est placé au centre de la démarche en lui permettant de participer aux prises des décisions le concernant

Elle facilite la transmission des données et améliore la collaboration entre les équipes adultes et enfants.

Avec la pratique durant ces années ont s'est rendu compte que ce passage doit être adapté à l'âge et au développement du jeune. Notre équipe est devenu flexible, il n'y a pas un âge spécifique, nous commençons par une préparation du jeune et ses parents à ce passage, dans le but de répondre à leurs besoins. Le moment du transfert est choisi en tenant compte de l'opinion de l'adolescent et en impliquant les parents. Dans la mesure du possible l'équipe évite le transfert dans des moments de crise.

Toute cette démarche est coordonnée par une personne de référence (infirmière spécialiste clinique), qui est garante du suivi de ce jeune dans l'année qui suit sont transfert.

Nous sommes tous très ambigus par rapport au changement. Il ne suffit pas de demander un changement il faut aussi prévoir sa reconnaissance.

Nous nous sommes rendu compte de l'importance du besoin de relation, d'information et de communication. Aujourd'hui nous ne pouvons plus laisser de côté cette dimension relationnelle.

L'enjeu, en est, en définitive la recherche d'une meilleure communication thérapeutique.

Pour nous aujourd'hui c'est clair que la maladie du patient n'est pas uniquement conditionnée par des facteurs biologiques objectifs, mais aussi par son vécu personnel, par des facteurs socioculturels, par ses représentations de la maladie, les capacités d'adaptation et la qualité de l'environnement. Il s'agit des gens, du monde dans lequel nous vivons,

Un certain nombre d'adolescents avec un diabète et leurs familles peuvent rencontrer des difficultés à nouer une nouvelle relation de soins, lorsqu'ils doivent quitter la pédiatrie, avec le risque parfois vital de ne plus être suivis, jusqu'en arriver à une hospitalisation en urgence dans un milieu adulte inconnu.

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte est une étape critique pour l'adolescent et ses parents. Ce dernier est dans une position paradoxale, il est en conflit avec lui-même et avec son environnement.

D'autre part, l'adolescent est dans une période propice au changement où il est donc possible de se placer dans une dynamique évolutive qui représente une ouverture qu'il convient de ne pas manquer.

Par ailleurs, les parents n'ont pas une préparation spécifique à ce passage. Le rôle des parents change, durant des années ils se sont occupés de son enfant et ensuite ils doivent commencer à rendre l'autonomie à cet enfant qui grandit. L'inconnu fait peur. Renoncer à la prise en charge de son enfant par l'équipe de pédiatrie n'est pas une mince affaire, celle-ci étant garante d'une sécurité acquise au cours des années dans une relation d'échanges et de dépendance.

La limite d'âge officielle fixée en pédiatrie (16 ans) pour le suivi de l'adolescent avec un diabète ne convient pas à tous. Une prolongation de cette limite va entraîner des problèmes tels que, l'accès officiel aux urgences pédiatriques n'est plus possible, le passage vers une structure adulte n'est pas formellement établie, la relation avec l'équipe pédiatrique peut être rompue abruptement.

Pour l'équipe soignante, cette séparation est aussi difficile, après tant d'années de suivi. Nous connaissons peu de choses sur ce qui se passe "l'autre côté". Il n'y a pas de modèle explicatif particulier. Ce n'est pas sans difficulté que nous devons nous adapter à une autre forme de prise en charge, à accepter le fait que ce passage est une étape obligatoire et nécessaire.

Plusieurs équipes se sont déjà penchées sur le manque des modalités d'organisation du passage des adolescents atteints de maladie chronique de la pédiatrie vers le secteur pour adultes^{2, 3, 4, 5}. Il n'y a pas de solutions précises. Chaque équipe a une façon de faire individuelle.

Il nous est apparu essentiel de développer une intervention appropriée, et de structurer des interventions de soins qui pouvaient permettre aux adolescents et à leurs familles de composer de manière adéquate avec leur situation de santé, compte tenu des exigences qu'elle comporte.

Contexte

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) représentent l'ensemble du réseau des soins hospitaliers et ambulatoires du canton de Genève. Ils comptent 2100 lits répartis sur quatre sites principaux disséminés sur tout le canton.

L'Hôpital des Enfants (120 lits) fait partie de l'ensemble hospitalier. Il est situé dans des bâtiments séparés du site de l'Hôpital pour adultes.

Lorsque le diabète de l'enfant/adolescent se déclare, dans la plupart des cas, l'enfant est adressé à l'Hôpital des Enfants par son pédiatre. Dès son arrivée lui et sa famille sont pris en charge par l'équipe de diabétologie pédiatrique. L'enfant et sa famille vont bénéficier d'un enseignement concernant le diabète. Puis le suivi sera fait en ambulatoire par cette même équipe tous les 3 à 4 mois, et jusqu'à l'âge de 16 ans officiellement. Dans la plupart des cas, cet âge était dépassé et les adolescents continuaient à être suivis en pédiatrie parfois même jusqu'à l'âge de 20 ans pour les cas extrêmes.

Objectif

Développer un dispositif de gestion du passage de l'adolescent avec un diabète suivi par l'équipe de diabétologie pédiatrique vers une structure des soins pour adultes, afin de favoriser un meilleur suivi du jeune adulte diabétique, et la continuité de ce suivi à long terme.

Dans le but de cerner l'objectif général, nous avons retenu trois axes d'intervention principaux :

- Intervention sur les structures des soins pour adultes (hospitalières et extra-hospitalières)
- Intervention au sein de l'équipe de diabétologie pédiatrique
- Intervention sur les adolescents avec un diabète et leurs familles

C'est un projet transversal qui a visé à favoriser la collaboration entre deux départements et s'est inscrit dans la politique d'amélioration de l'efficacité des soins.

Recueil des données

Avant de faire une proposition pour développer un dispositif de passage, il fallait mesurer la situation de départ sur chacun de ces axes. Dans ce but un recueil des données a été effectué afin de déterminer les besoins de tous les acteurs:

- Quelles étaient les transmissions des données existantes entre les équipes enfants et adultes ?
- Qu'est-ce que les équipes adultes attendaient comme information de la part de la pédiatrie ?
- Quelle utilisation était faite des informations ?
- Quels étaient les facteurs qui avaient un impact sur le passage et qui pouvaient être modifiés ?
- Comment les adolescents avaient vécu les conditions du passage jusqu'à maintenant ?
- Le recueil des données nous a amené à faire une proposition et des recommandations d'actions concrètes à partir de leurs besoins.

Instruments du recueil des données

Dans une première phase, les points problématiques (besoins) ont été mis en évidence lors :

- de discussions individuels et de groupe (équipe hospitalière de pédiatrie et médecins pour adultes), pour comprendre l'ampleur et la complexité de la problématique.
- d'une réunion des parents d'enfants diabétiques qui avait comme sujet, "**La gestion du diabète selon l'âge : de l'enfant à l'adolescent de l'adolescent à l'adulte**".

Dans une deuxième phase :

- un sondage écrit a été réalisé auprès de médecins diabétologues installés en libéral à Genève, ainsi que ceux qui consultaient à l'hôpital.

- des entretiens individuels auprès des jeunes adultes ayant déjà fait le passage ont été fait. Le choix des patients a été fait selon trois critères : un âge maximum de 25 ans, être devenus diabétiques avant l'âge de 14 ans, avoir été suivis en pédiatrie au moins 2 ans et avoir quitté la pédiatrie depuis au moins 2 ans.

La troisième phase, l'analyse des questionnaires et des entretiens, ont été des outils qui nous ont permis d'arriver à la réalisation du dispositif.

Résultats

Le taux de réponse des questionnaires ainsi que celui des entretiens ont été le reflet de l'intérêt que portaient les diabétologues et les jeunes adultes à ce passage.

Données quantitatives des questionnaires (diabétologues)

Quinze médecins diabétologues sur 21 ont répondu au questionnaire.

L'âge moyen auquel les diabétologues recevaient les jeunes se situait entre 16 et 18 ans.

Huit diabétologues sur 15 suivaient des jeunes avec un diabète qui leur avaient été adressés par le diabétologue pédiatre. Cinq ont eu accès au dossier pédiatrique dont 2 facilement.

Sept sur 15 ne retournaient pas d'informations au pédiatre diabétologue après la première année de passage.

Données quantitatives des entretiens (jeunes adultes avec un diabète)

Dix jeunes adultes sur 15 ont accepté de participer aux entretiens. Six jeunes sur 10 étaient de sexe masculin. La moyenne d'âge des jeunes était de 19,7 ans ($\pm 16-25$). Six sur 10 étaient étudiants et suivaient des études supérieures. Quatre sur 10 étaient dans la vie active. Les 10 avaient des horaires réguliers. Sept sur 10 vivaient avec leurs parents. Tous avaient été suivis par l'équipe de pédiatrie. Six sur 10 considéraient insuffisante l'aide qu'ils ont eu de la pédiatrie au moment du passage.

Données qualitatives en général

Une analyse des similitudes entre les réponses des jeunes et des diabétologues nous a permis de dégager trois points essentiels :

- le vécu du passage et comment les jeunes l'ont géré
- l'importance des informations, et de la communication durant cette période entre tous les acteurs qui font partie du passage
- les propositions (tableau 1)

Les résultats témoignaient des difficultés de communication entre les structures pédiatriques et adultes. Il n'existait pas une attitude " type " et ce manque nuisait au transfert des adolescents.

Pour la majorité des diabétologues le passage nécessitait une prise en charge particulière, qui devait avoir pour but d'éviter une rupture du suivi médical, avec des conséquences néfastes pour la santé des patients. Ils la définissaient comme un accompagnement par une équipe interdisciplinaire, une augmentation de la prise en charge psychosocial, une qualité d'écoute du thérapeute, un processus qui tienne compte d'une période d'observation, de modification et de contrôle de la stratégie.

Cela nous a permis de proposer un outil qui pouvait favoriser le développement des relations de travail entre les deux structures et la réussite du passage, période incontournable, moment de transition qui mérite une attention particulière pour arriver à réaliser un véritable suivi à long terme.

Propositions des jeunes adultes	Propositions des diabétologues
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Document d'information lors du passage qui puisse servir au jeune et au diabétologue pour assurer une continuité ➤ Prendre en compte les souhaits du patient ➤ Organiser des rencontres avec des jeunes adultes ➤ Organiser des rencontres entre le patient, le pédiatre et le diabétologue ➤ Impliquer les parents 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rapport détaillé du suivi, avec une appréciation psychosocial pendant la période pubertaire ➤ Préparer l'adolescent à un fonctionnement autonome ➤ Augmenter la prise en charge psychosocial spécifique à l'adolescence ➤ Période de suivi mixte

Tableau 1

Implantation de la Fiche de transfert

L'analyse des questionnaires auxquels ont répondu les diabétologues, ainsi que l'analyse des entretiens avec les jeunes adultes, ont été des outils qui nous ont permis d'arriver à la réalisation d'une " **Fiche de Transfert** ". (Annexe 1)

Elle " résume " une étape importante de la vie d'un patient avec un diabète, d'un point de vue **objectif** (maladie), renseignements personnels, renseignements biologiques (biomédical), et d'un point de vue **subjectif** (vie), connaissances, apprentissages, croyances, vécu (biopsychosocial). Elle est complétée avec l'adolescent lors d'un rendez-vous (environ 1h30) avec l'infirmière qui coordonne le passage. L'adolescent a la possibilité de consulter son dossier lors de cet entretien. Il prend connaissance de l'histoire de sa maladie.

Cet outil a été innovant pour notre équipe et a répondu à un besoin des utilisateurs : patients et leur entourage, équipes de pédiatrie et médecins pour adultes.

Il offre l'avantage d'organiser l'éducation et le suivi du jeune avec un diabète en fonction des difficultés qu'il aurait pu avoir lors de sa trajectoire en pédiatrie ou de ses besoins au moment du passage qui peuvent influencer ses apprentissages et qui peuvent nuire à l'adhésion de son traitement.

Elle permet de faciliter la transmission des informations entre l'équipe pédiatrique et le futur diabétologue et par ce fait, améliorer la coordination pédagogique.

Le but principal de la démarche était d'assurer le suivi à long terme de ces adolescents qui sont devenus adultes.

Evaluation du projet

Court terme (1^{er} année)

Impact de la Fiche de Transfert : Adhésion à la démarche: 7/7

Qualité de la Fiche : retour des questionnaires d'évaluation par les diabétologues après 1 année : 7/7

Adaptation de la fiche de transfert selon les évaluations des diabétologues

Moyen Terme (Dès l'implantation de la démarche)

Satisfaction: inclusion de la Fiche dans la démarche de transfert

Long terme (7 ans après)

Efficacité : jeunes adultes qui continuent à être suivis par un diabétologue ou une équipe de diabétologie ainsi que le nombre d'hospitalisations durant cette période (tableau2)

Adolescents	Suivis par un diabétologue	Changement de diabétologue	Hospitalisations
10 filles 15 garçons	25	3 filles 2 garçons	3

Bilan

La "Fiche de Transfert" a été le fruit du constat déjà fait en 1995 et elle a comblé un manque.

Elle fait partie d'un processus où l'adolescent devient acteur, il est placé au centre de la démarche en lui permettant de participer aux prises des décisions le concernant

Elle facilite la transmission des données et améliore la collaboration entre les équipes adultes et enfants.

Avec la pratique durant ces années on s'est rendu compte que ce passage doit être adapté à l'âge et au développement du jeune. Notre équipe est devenue flexible, il n'y a pas un âge spécifique, nous commençons par une préparation du jeune et ses parents à ce passage, dans le but de répondre à leurs besoins. Le moment du transfert est choisi en tenant compte de l'opinion de l'adolescent et en impliquant les parents. Dans la mesure du possible l'équipe évite le transfert dans des moments de crise.

Toute cette démarche est coordonnée par une personne de référence (infirmière spécialiste clinique), qui est garante du suivi de ce jeune dans l'année qui suit le transfert.

Nous sommes tous très ambigus par rapport au changement. Il ne suffit pas de demander un changement il faut aussi prévoir sa reconnaissance.

Nous nous sommes rendu compte de l'importance du besoin de relation, d'information et de communication. Aujourd'hui nous ne pouvons plus laisser de côté cette dimension relationnelle.

L'enjeu, en est, en définitive la recherche d'une meilleure communication thérapeutique.

Pour nous aujourd'hui c'est clair que la maladie du patient n'est pas uniquement conditionnée par des facteurs biologiques objectifs, mais aussi par son vécu personnel, par des facteurs socioculturels, par ses représentations de la maladie, les capacités d'adaptation et la qualité de l'environnement. Il s'agit des gens, du monde dans lequel nous vivons, l'incontournable dimension sociale de l'éducation au sens large, dimension inscrite dans chacun de nous soignants aussi bien que patients.

L'utilisation de la Fiche de transfert ne se limite pas à notre équipe. Elle pourra servir aux membres d'autres structures de santé qui considèrent l'importance du passage de l'adolescent vers les structures des soins pour adultes.

Conclusion

Ce travail est un projet collectif et pas individuel. Il a confirmé l'importance de la transversalité dans la prise en charge des adolescents qui sont devenus adultes. Gérer les informations obtenues est un problème collectif.

Pour assurer une continuité optimale des soins on ne doit pas se limiter à un simple transfert car il y a le risque que l'adolescent soit exclu d'un suivi médical.

Composition des Instances 2009

Conseil d'Administration

Bureau & membres de droit

			Fin de Mandat	
Caroline Martineau	Présidente	Diététicienne	Toulouse	Mars 2010
Michèle Joly	Vice-Présidente	Infirmière	Monaco	Mars 2011
Christine Kavan	Secrétaire Générale	Diététicienne	Besançon	Mars 2010
Jocelyne Bertoglio	Secrétaire Générale Adjointe	Diététicienne	Nice	Mars 2011
Catherine Caliman	Trésorière	Infirmière	Bruxelles	Mars 2011
Carmen Flumian	Membre actif	Diététicienne	Paris	Mars 2012
Christiane Mourey	Membre actif	Infirmière	Le Creusot	Mars 2011
Catherine Journot	Membre actif	Podologue	Toulouse	Mars 2011
Pierre Louis Vinciguerra	Membre actif	Infirmier	Bastia	Mars 2010
Martine Samper	Membre actif	Infirmière	Nice	Mars 2010
Sandra Charrière	Membre actif	Diététicienne	Nice	Mars 2011

Membres consultatifs

Annick Laffite	Conseil des sages	Diététicienne		
Danielle Durain	Conseil des sages	Infirmière	Nancy	
Florence Rossi	Conseil des sages	Diététicienne	Marseille	
Marie-Laure Cottez	Conseil des sages	Infirmière	Ormesson	
Nathalie Masseboeuf	Conseil des sages	Diététicienne	Vincennes	
Odile Lautier	Conseil des Sages	Infirmière	Montpellier	
Catherine Herdt	Présidente CS	Infirmière	Strasbourg	
Helen Mosnier	ALFEDIAM/SFD	Médecin	Paris	
Elisabeth Chabot	DELFI	Infirmière	Paris	
Nicole-Chantal Berger	AFD	Infirmière	Montceau les Mines	

Comité Scientifique

			Fin de Mandat	
Catherine Herdt	Présidente CS	Infirmière	Strasbourg	Mars 2011
Ivano Mantovani	Membre actif	Infirmier	Monaco	Mars 2011
Annie Vannier	Membre actif	Diététicienne	Le Creusot	Mars 2011
Jacqueline Delaunay	Membre actif	Diététicienne	Toulouse	Mars 2010
Marie-Paule Roggemans	Membre actif	Infirmière	Bruxelles	Mars 2011
Philippe Pirard	Membre actif	Kinésithérapeute	Bruxelles	Mars 2012
Brigitte Nadal	Membre actif	Infirmière	Fréjus	Mars 2010

Edité par l'ALFEDIAM Paramédical
88 rue de la Roquette – 75011 Paris
01 40 09 89 07 – alfediam@magic.fr

www.alfediam.org

Responsable de Publication : Caroline Martineau
Rédacteurs en Chef : Martine Samper & Ivano Mantovani

