

Éditorial



Du 20 au 23 mars 2012 s'est tenu à Nice le Congrès de la Société Francophone du Diabète. Cette manifestation a réuni plus 4500 participants, et la journée paramédicale, qui s'est déroulée dans l'amphithéâtre Athéna, a rencontré un succès indéniable, tant par l'affluence qu'elle a connue, que par l'éclectisme des présentations et des communications.

Elle a commencé mercredi 21 mars dans l'après-midi, par un symposium consacré aux échanges de pratiques au sein de la francophonie. En effet, en dehors de la France métropolitaine, le diabète est un fardeau pour un certain nombre de pays ou de territoires francophones, et les paramédicaux sont souvent en première ligne pour écouter et accompagner les patients diabétiques, et cela dans un contexte aux ressources humaines et matérielles souvent limitées.

Le thème global du jeudi 22 mars était « Le diabète et la famille », ce qui a permis d'une part d'aborder longuement les problèmes posés par la coexistence d'une grossesse et d'un diabète, et d'autre part les difficultés que rencontrent les familles confrontées au diabète d'un enfant. La thématique du pied diabétique, qui mobilise beaucoup d'efforts de la part de tous les soignants, a été également traitée au cours d'un atelier sur le risque podologique, qui a réuni une assistance nombreuse et attentive.

Merci et bravo au trio de la SFD paramédicale, Michelle Joly sa présidente, assistée de Jocelyne Bertoglio, vice-présidente, et Jacqueline Delaunay, présidente du conseil scientifique. Rendez-vous l'an prochain à Montpellier !

Pr Alexandre Fredenrich
Président du Comité d'Organisation SFD Nice 2012

Lettre n°56

Sommaire

2

Programme Diab' à table.

3

Comment favoriser l'évolution de la prise en charge du patient diabétique hospitalisé?

4

Dépistage du risque podologique: seuil de perception vibratoire ou monofilament ?

6

Diabète et familles en difficulté.

8

La réalité des femmes, mamans diabétiques.

10

Le Miroir Grossissant.

12

L'enfant avec un diabète de type I et sa famille.

14

Optimisation de la compliance des femmes Comoriennes présentant un diabète gestationnel.

17

Questionnaire d'évaluation des connaissances avec degrés de certitude.

18

Diabète et grossesse : recommandations et pratiques.

19

Sexualité : masculin - féminin.

22

Les diabètes : le « poids » de l'hérédité.

28

Agenda.

Programme Diab' à table

G. Invernizzi, G. Vaillant, M. Liron

Réseau de santé de Haute Côte-d'Or

Bien qu' essentiel, un changement de comportement alimentaire est difficile à mettre en place de façon durable pour les personnes atteintes de diabète de type 2.

Afin d'aider les patients à atteindre cet objectif, L'Unité Mobile d'éducation thérapeutique/diabète a proposé à un groupe de 10 patients de participer à un programme d'éducation thérapeutique centré sur le comportement alimentaire. Ce programme s'est déroulé sur 6 mois entre septembre 2011 et février 2012.

Les patients retenus pour ce programme expérimental sont des patients participant régulièrement aux séances d'activités physique proposées par le Réseau de Santé d'une part, et d'autre part, ayant fait une demande d'accompagnement spécifique pour perdre du poids. Après analyse des attentes des patients formulées lors du bilan partagé initial, les séances collectives ont permis d'aborder de façon théorique, puis de façon concrète à l'aide d'exercices comportementaux, différents déterminants du comportement alimentaire équilibre alimentaire, prise de conscience des diverses motivations à la prise alimentaire, importance de la sensation de faim dans l'adaptation des quantités consommées, intérêt de la lenteur, découverte de techniques de gestion non alimentaire des émotions.

La répétition des exercices au cours des différentes séances ainsi que le travail d'entraînement demandé entre les séances a permis aux patients de mettre en place des changements certains de comportement alimentaire: augmentation de la diversité dans le choix des aliments, diminution des quantités consommées, prises alimentaires plus lentes, amélioration de la gestion non alimentaire des envies de manger.

L'ensemble de ces changements s'est traduit par une perte de poids pour 8 personnes /10 (4,4 Kgs en moyenne).

L'évaluation de la qualité de vie (Questionnaire SF 36) avant/après montre une amélioration de 4 des 8 dimensions explorées par le questionnaire.

Par ailleurs, les résultats de l'échelle HAD mettent en évidence une diminution de l'anxiété et l'absence de variation de la dépression.

Afin de renforcer les compétences acquises ainsi que la motivation, des séances trimestrielles de suivi seront proposées sur des thèmes émanant de la demande des participants.

Comment favoriser l'évolution de la prise en charge du patient diabétique hospitalisé?

D. Sofrà, S. Masmont-Berwart, M. Egli, L. Messina, E. Berney, J. Ruiz

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne (Suisse)

Introduction.

Le Service d'endocrinologie-diabétologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois à Lausanne a relevé le défi d'élaborer une approche originale afin d'optimiser la gestion de l'hyperglycémie chez le patient hospitalisé. La particularité de notre équipe est d'avoir une position en interface entre les soins aigus et les soins ambulatoires, et entre l'éducation thérapeutique du patient chronique et la formation des soignants. Le modèle élaboré propose une approche globale du système hospitalier tout en intégrant les perceptions des différents professionnels de la santé.

Objectif: nous souhaitons ainsi aider les équipes de soins aigus à mieux appréhender la complexité du patient chronique hospitalisé.

Méthodologie.

Travail en partenariat avec les infirmières généralistes du service de médecine interne afin de développer des outils, de sensibilisation et de gestion, visant à améliorer la qualité de la prise en charge du patient diabétique hospitalisé. Se familiariser avec ces outils passe par la réalisation d'une formation aux soignants. Les objectifs d'apprentissage sont les suivants: percevoir les difficultés potentiellement rencontrés dans la trajectoire d'un patient diabétique hospitalisé; développer les connaissances nécessaires à la gestion de l'hyperglycémie; employer les outils sécuritaires pour la gestion de l'insulinothérapie et des hypoglycémies.

Résultats: nous avons réalisé avec les équipes de soins 28h de formation et 39h d'accompagnement.

Nous avons créé 4 nouveaux outils. Un outil pédagogique de type DVD permet de réfléchir sur la pratique clinique. Son but est de sensibiliser à la dimension chronique dans la gestion hospitalière, partager les contraintes de la dimension aiguë, introduire la dimension interdisciplinaire. Deux outils de gestion permettent de planifier la prescription et l'administration de l'insulinothérapie s.c et i.v, incluant des échelles de correction. Un outil de type mémo de poche pour l'aide à la réflexion dans la gestion du patient hyperglycémique hospitalisé.

L'évaluation montre qu'avant la formation 53,8% des infirmières exprimaient des connaissances insuffisantes pour gérer le patient hyperglycémique et 17,9% un manque d'outils; après la formation nous avons observé que les infirmières ont trouvés des repères pour la gestion du patient diabétique, elles ont plus d'autonomie tout en travaillant dans un cadre sécurisant.

Discussion.

Partant d'une démarche d'amélioration de l'hyperglycémie du patient, nous avons construit en partenariat une réflexion sur la qualité des pratiques hospitalières et sur la méthodologie à employer pour garantir la pérennisation des compétences dans un système de soins. Ce travail interprofessionnel va permettre aux équipes hospitalières de mieux se comprendre et mieux agir en synergie. Le DVD pédagogique élaboré, mettant en évidence les préoccupations de chacun face au diabète, permet d'ouvrir un espace de réflexion et de construction de repères nécessaires à une démarche clinique harmonieuse. Le développement d'un programme de formation des soignants basé sur les outils de gestion a conduit à une évolution importante dans la prise en charge de l'hyperglycémie. L'approche réflexive et participative, a permis non seulement une amélioration de la gestion du patient hospitalisé, mais a aussi permis aux équipes de se découvrir, de donner un sens à la démarche entreprise et de développer des compétences spécifiques.

Dépistage du risque podologique: seuil de perception vibratoire ou monofilament ?

L. Reilhes, Buvry S, Goletto M, Schuldiner S, Richard JL.

Centre Médical du Grau du Roi, Nîmes

De nombreuses études transversales et longitudinales ont montré clairement que la perte de la sensation de protection (PSP), due à la neuropathie périphérique sensitive, est prédictive de la survenue d'ulcération du pied chez les patients diabétiques. La recherche d'une PSP est donc d'une importance capitale pour engager des actions spécifiques visant à éviter la survenue de telles ulcérations. De nombreux instruments de dépistage de la PSP ont été proposés: le mono filament de 10 g (MF) est l'outil validé le plus utilisé de par sa facilité d'emploi, la rapidité du test et son faible coût; la détermination du seuil de sensibilité vibratoire (SPV) a été également reconnue comme un test de valeur pour identifier les patients diabétiques à risque d'ulcération du pied (4).

Peu d'études ont jusqu'ici comparé directement les performances de ces deux instruments et la comparaison des résultats est difficile en raison de différences dans la méthodologie, dans les populations étudiées et dans les critères de jugement.

Notre étude a eu pour but de comparer les données du test au MF et le SPV dans une population de diabétiques tout venant et d'évaluer la concordance entre ces deux tests.

400 patients consécutifs ont été inclus rétrospectivement entre avril 2009 et décembre 2010, ayant été dépistés à la fois par le test au MF et la détermination du SPV. Le test au MF a été réalisé conformément aux recommandations du Groupe International de Travail sur le Pied Diabétique, sur 3 sites de chacun des 2 pieds.

Le SPV a été déterminé au moyen d'un neurothésiomètre. Le patient a été considéré à risque si le SPV était ≥ 25 V (6) ou si 2 réponses sur 3 étaient fausses à un quelconque des sites explorés par le MF. 139 patients (35%) ont été identifiés à risque par le neurothésiomètre et 99 (25%) par le MF. Chez 240 patients (60%) les 2 tests étaient normaux et chez 78 (19,5%) les 2 tests étaient anormaux. 21 patients étaient considérés à risque par le seul test au MF et 61 par le SPV seul. Au total, 160 patients (40%) avaient au moins un des deux tests anormaux.

En considérant un SPV ≥ 25 comme référence pour détecter une PSP, la sensibilité et la spécificité du MF était de 56% et 92%, et la valeur prédictive positive et négative de 79 et 80%, pour un taux de faux positifs et de faux négatifs de 21.2 et 20.3%. La concordance entre MF et SPV est modérée, comme en témoigne le coefficient kappa à 0.52 [95% CI: 0.43-0.60].

Cette étude montre le manque de concordance entre MF et SPV pour identifier les patients diabétiques à risque d'ulcération du pied. Une telle différence est plutôt surprenante puisque les 2 outils sont supposés tester l'intégrité de fonction des fibres myélinisées de gros diamètre via les corpuscules de Meissner et Pacini pour identifier la PSP et qu'ils sont tous les 2 prédictifs du risque d'ulcération du pied chez les patients diabétiques.

Dans la littérature, une seule étude prospective a comparé les performances du MF et du SPV pour prédire la survenue d'ulcération du pied chez les diabétiques (8): l'insensibilité au MF à l'hallux avait une sensibilité proche de celle d'un VPT ≥ 25 au même site mais une moins bonne spécificité; le taux de faux positifs était très élevé. Dans une précédente étude similaire à la notre, Gin et allont comparé MF et SP chez 250 patients (9): les résultats du SPV et du MF étaient tous les deux anormaux chez 33 patients alors que le MF seul était anormal chez 5 et le SPV seul chez 37. Ces résultats sont concordants avec les nôtres, montrant, que les anomalies du SPV sont beaucoup plus fréquentes que celles du MF, suggérant que le SPV pourrait identifier la neuropathie périphérique diabétique à un stade plus précoce que le test au MF.

La différence entre test au MF et SPV pose problème en regard des coûts, de l'évolution et de la prise de mesures préventives. Il a été estimé que le coût médical direct lié aux ulcérations et amputations est 5 fois plus élevé

chez les patients diabétiques avec un SPV ≥ 25 . Si l'anomalie du test au MF est retenue comme seule prédictive des ulcérations du pied chez le diabétique, les coûts devraient alors probablement diminuer.

Ces coûts devraient être encore moindres si la PSP est définie par une anomalie à la fois du MF et du SPV, comme cela a été suggéré récemment. Ainsi, Mc Gill et al. dans une étude cas-contrôle entre diabétiques avec et sans SPV élevé (> 30 V) ont montré que l'incidence annuelle d'ulcération était de 0.5% quand le SPV n'était pas élevé, de 4% s'il était élevé mais que le test au MF était normal et de 10% si le SPV élevé s'associait à un test au MF anormal.

A l'inverse, la seule mesure du SPV pourrait identifier à tort certains patients à risque d'ulcération et augmenter la charge de travail d'éducation et de soins médicaux sans bénéfices pour ces patients.

En pratique, le MF a comme avantage sur la mesure du SPV, sa rapidité, sa facilité et sa modicité et ne demande pas de compétence particulière; cependant, le test au MF ne donne qu'une réponse binaire et ainsi ne quantifie pas la sévérité de la neuropathie. A l'opposé, la neurothésiométrie est chronophage et coûteuse mais permet d'évaluer la sévérité de la neuropathie et d'en suivre l'évolution.

Notre étude ne permet pas de savoir quel test est le meilleur pour prédire l'apparition d'une ulcération. Seule une étude prospective le pourrait.

Journée d'étude de l'AFDN (Association Française des Diététiciens Nutritionnistes)

Cette année, la SFD Paramédical était présente lors des journées d'étude de l'AFDN, qui se sont tenues à Saint Malo du 7 au 9 juin 2012.

Ces journées d'échanges et de rencontres sont pour les diététiciens le rendez vous annuel à ne pas manquer.

Le stand de la SFD paramédical a reçu la visite de nombreux diététiciens venus de différentes régions. De nombreuses questions ont été posées, en particulier sur les formations, les publications et les congrès à venir. Le rendez vous est donc pris l'année prochaine pour le congrès à Montpellier les 30/31 et 1 juin 2013.

L'AFDN sera présente lors de la Journée d'Automne à Monaco le 23 novembre 2012.

Diabète et familles en difficulté

A.M. Bertrand, L. Vincent, B. Mignot, A. Dahoui, A. Briquez,
S. Schwendenmann, M. François, C. Ballot
Diabétologie Pédiatrique - CHU Besançon

En pédiatrie, prendre en compte l'environnement de l'enfant/adolescent, lorsqu'il est atteint d'une maladie chronique, diabète ou autre, est inhérent à sa situation de dépendance et intégré à sa prise en charge.

Un accompagnement de l'enfant et de sa famille est mis en place dès la découverte du diabète et tout au long du suivi, quelle que soit la situation familiale. Le retentissement sur la vie de la famille, du couple, de la fratrie et sur celle de l'enfant, est important.

L'augmentation de la prévalence du diabète de type 1 de l'enfant est préoccupante, concernant particulièrement les jeunes enfants de moins de 5 ans. Parallèlement, un grand nombre de foyers rencontre des difficultés «psycho sociales» croissantes, pouvant retentir sur la relation à l'enfant. En 1959, les droits de l'enfant ont été définis, notamment en ce qui concerne ses soins, sa protection, son état de santé.

Dans la loi du 5.03.2007: « un enfant en danger est un mineur non émancipé dont la santé et la sécurité ou la moralité sont en danger ou dont les conditions de son éducation ou de son développement affectif, intellectuel et social sont gravement compromises », la notion d'enfant en danger incluant alors l'enfant maltraité et l'enfant à risque, avec obligation légale de porter secours et d'informer (par la transmission d'informations préoccupantes, centralisées par les Conseils Généraux: Pôle Solidarités et Cohésion Sociale incluant l'Aide Sociale à l'Enfance -ASE- en liaison, si nécessaire, avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse).

Lorsque la vie familiale est fragilisée par des problèmes financiers, conjugaux, de santé mentale, d'addictions, de violences, d'éducation, des difficultés cognitives ou d'illettrisme, des problèmes liés à la culture, la prise en charge du diabète peut devenir très problématique. Si la maladie n'est alors pas au premier plan des préoccupations, elle risque, néanmoins, si elle n'est pas prise en compte, d'occuper le devant de la scène.

Les équipes de diabétologie pédiatrique ont la culture et l'expérience de l'approche familiale et du travail en lien avec les acteurs de la protection de l'enfance.

Dans le Doubs, en 2010, 1100 mineurs étaient placés en foyer ou en famille ASE et 1000 mineurs bénéficiaient d'une assistance éducative (1/3: Aide Éducative à Domicile, 2 /3: Assistance Éducative En Milieu Ouvert).

En 2011, sur une file active de 160 enfants-adolescents suivis au CHU pour diabète de type 1, 13 enfants (8%) ont, ou ont eu, au moins une mesure éducative et 20 enfants (12.8%) vivent dans des familles en difficultés (alors qu'en 2006, 0.9% des enfants en France et dans le Doubs- faisaient l'objet d'une mesure). La pathologie chronique semble donc révéler des difficultés préexistantes (effet « loupe ») et avoir un rôle potentiellement catalyseur, aggravant.

Quand le diabète d'un enfant survient dans de tels contextes, l'évaluation initiale de la situation par l'équipe soignante permet de faire le point des potentialités familiales et de celles de l'environnement. S'il n'y a pas de constat de mise en danger de l'enfant, la 1ère étape consiste à identifier les interlocuteurs et à solliciter ces différentes ressources. Un investissement spécifique de l'équipe est nécessaire, proposant un soutien renforcé autour des soins du diabète et de la parentalité, essayant d'établir une relation de confiance avec les parents, travail effectué en collaboration étroite avec les acteurs de proximité (Protection Maternelle et Infantile, infirmières libérales, personnels des crèches, écoles...). Une organisation particulière a lieu autour de la réalisation du traitement (injections par les infirmières libérales), de l'alimentation (établissement des menus, des listes de courses, recherches d'aide financière), au niveau de la vie quotidienne (aide par des travailleuses familiales, par le personnel des crèches, écoles, centres de loisirs), et de l'organisation des vacances. L'adaptation des doses est réalisée par contacts téléphoniques avec les infirmières libérales; les consultations avec les parents sont rapprochées; le recours à l'hospitalisation est facile en cas d'incidents.

Un suivi régulier de l'évolution de la situation et une vigilance par rapport aux besoins de l'enfant sont nécessaires, l'équilibre souvent fragile pouvant être rompu à l'occasion d'événements multiples. Se pose alors la question de la transmission d'informations préoccupantes au Conseil Général, décision d'équipe complexe, soulevant de multiples questions.

A la suite d'une telle transmission (effectuée par l'équipe, ou un autre intervenant, ou parfois antérieure à la découverte de la maladie), et selon les décisions prises par les structures responsables, l'équipe assure, si besoin, le travail de liaison avec les différentes institutions, outre l'approche développée ci-dessus. La formation des nouveaux intervenants est indispensable, notamment en cas de placement en foyer ou en famille d'accueil (parents, gardiens, infirmières libérales, personnels de l'école, centre de loisirs, familles relais ...) avec utilité d'identifier une personne référente, souvent l'éducateur, et participation aux réunions de synthèse.

L'équipe soignante, consciente de la lourdeur de la vie avec le diabète, surtout lorsque d'autres difficultés comportementales sont associées, doit aussi apporter un soutien au milieu de vie de l'enfant. Les objectifs de traitement sont constamment revus et adaptés aux priorités, l'équilibre du diabète étant souvent moins au premier plan que la prévention des incidents, ce qui soulève d'autres questions éthiques.

Travailler ensemble nécessite de bien connaître les rouages institutionnels, d'être conscient des représentations des divers mondes intervenants, à l'origine de bien des difficultés. La communication entre les différentes structures requière le partage d'un socle commun de connaissances et de valeurs, une compréhension des risques encourus, une confiance entre les acteurs. Les qualités d'empathie, d'écoute, de respect, la disponibilité et la patience, l'adaptabilité sont sollicitées. La carence en structures adaptées, médico éducatives, le cloisonnement des institutions et leur dysfonctionnement, peuvent générer un manque de liens exposant à des ruptures de continuité, préjudiciable à l'enfant et à sa famille. Les équipes soignantes ressentent un besoin de réflexion autour de leurs pratiques et de supervision.

Dans le contexte sanitaire actuel, où la diabétologie pédiatrique française est menacée, du temps, dédié à la prise en charge de ces enfants et de leurs familles et à ce travail de liaison, (et donc des moyens), devrait être attribué aux équipes existantes et compétentes, au mieux sous la forme de réseaux formalisés de diabétologie pédiatrique. Mais, à l'heure du « territoire », force est de constater que l'enfant malade chronique, vivant chez lui et suivi à l'hôpital, ne semble pas être au 1er rang des priorités des tutelles ...

Au-delà, se posent de nombreuses autres questions: quel est l'impact de la transmission d'informations, lorsqu'elle est faite par l'équipe, dans la relation de soins au long cours ? Comment garder à l'enfant, « objet des décisions » sa place, quel travail spécifique avec lui ? Quel avenir somatique et psychique pour ces enfants, futurs adultes, quel accueil spécifique en secteur adulte ?

Les pédiatres ont foi dans le concept de résilience, développé par B Cyrulnik comme « capacité à se développer quand même dans un environnement qui aurait dû être délabrant ». La résilience se construit à l'intérieur de la personne (passant par la reconstruction de l'estime de soi) mais aussi en interaction avec l'entourage.

Le soignant, s'il veille à « repérer et à ne pas éteindre les flammèches de la résilience » peut être, en aidant l'enfant à mettre du sens sur son histoire, l'une des personnes « signifiantes » sur son chemin...

La réalité des femmes, mamans diabétiques

L'Association des Mamans Diabétiques

L'Association des Mamans Diabétiques (AMd), partenaire de l'AFD depuis 2009, est née de la rencontre de jeunes femmes diabétiques devenues d'heureuses mamans.

Cette association, à but non lucratif, a été créée en mai 2007 (loi 1901). Nous comptons 120 adhérentes, 1200 membres inscrits sur notre site internet, 3641 sujets sur le forum de discussion.

Nous nous adressons aux jeunes filles ou jeunes femmes diabétiques et à leur entourage.

Nos objectifs sont d'informer en particulier sur la nécessité de la programmation des grossesses (salons et tables rondes) et de témoigner que l'on peut être diabétique et avoir une vie de femme et de mère comme les autres, à quelques particularités près.

Ce réseau de solidarité permet aux futures mamans de vivre plus sereinement leur grossesse et d'échanger sur leur quotidien de mère (site internet, forum de discussion, rencontres).

Nous éditons différents supports de communication :

- un bulletin d'information semestriel,
- deux livres destinés aux enfants pour expliquer le diabète maternel (diabète gestationnel et diabète de type 1 et 2).
- Un film est en cours de montage.
- En projet, une valisette AMD destinée aux services de diabétologie contenant nos différents supports.

Nous nous apercevons qu'encore beaucoup de femmes diabétiques ne préparent pas leur grossesse. Les préoccupations des futures mamans concernent souvent la façon d'obtenir une HbA1C idéale (mise sous pompe, ITF, ...).

Le passage à l'insuline est la préoccupation majeure des diabétiques de type 2.

Le choix de l'équipe médicale et du lieu de suivi de la grossesse sont primordiaux.

Pendant la grossesse, le rythme est très soutenu.

Le travail: il faut annoncer sa grossesse au travail (et son diabète?). Il n'est pas évident de justifier un congé prématuré, des absences répétées, avec tout l'impact du stress sur l'équilibre glycémique...

La famille et l'entourage renvoient parfois de la culpabilité aux futures mères (malformations, diabète de l'enfant...). Le soutien du conjoint est important.

S'occuper des aînés.

Margaux 30 ans : « aujourd'hui, je suis épuisée après deux jours de reprise du travail. Il faut s'occuper de Léo (22 mois) avec des oppositions en permanence. Je fais des hypos deux fois par nuit ... Et il faut bien se préparer pour aller à la crèche.... »

Les glycémies: il n'est pas simple de tenir le cap avec les angoisses liées aux variations glycémiques (malformations, poids du bébé...).

Virginie Mathieu-Francois

Isabelle Bradfer-Budet

Les « nippers » et les « nippes »
de maman



Comment expliquer aux enfants le diabète de leur maman.

Nous discutons souvent de fractionnement alimentaire, de la gestion des nausées et l'alimentation... Certaines femmes n'ont pas de craintes de l'acétone paradoxalement.

Nous trouvons que parfois le regard des soignants sur le carnet est inapproprié voire angoissant (HAD, commentaires des sages-femmes...)

La prise de poids lors de la grossesse est elle vraiment une priorité lorsque le diabète est équilibré avec les nombreux efforts fournis ?

La préparation de l'accouchement.

Il faut s'informer en amont sur la prise en charge de la mère et de l'enfant (dextros, gavage...). Il faut évoquer la possibilité de séjours en néonatalogie et essayer d'éviter les culpabilisations parfois excessives.

L'allaitement: c'est possible! Il faut informer sur les risques d'hypoglycémies...

L'accouchement.

Anne- Laure: « Je garde un merveilleux souvenir de mon accouchement. C'est un des rares moments passés à l'hôpital où je n'ai pas ressenti ma grossesse comme pathologique. Les sages-femmes et infirmières m'ont permis de vivre pleinement l'accouchement, sans laisser le DID parasiter ce beau moment. »

Nina : « Dans la salle d'accouchement, mon fils vient de naître, il est pris en charge par 2 pédiatres

L'une revient : 3kg050 à 7 mois 1/2 ...Et vous qui nous disiez que votre diabète était bien équilibré?

Euh? Mes HB étaient entre 5.9 et 6.9 pour la pire... C'est gentil de mettre en doute ma bonne foi alors que je n'ai pas encore expulsé le placenta... »

Après l'accouchement.

Comme toute jeune maman, nous sommes dans le tourbillon de la vie !

Il faut gérer la maison, le quotidien d'un bébé et ses réclamations, la fatigue et ses propres repas. Alors la gestion des glycémies n'est pas évidente.

Lorsqu'on est diabétique et mère, il faut savoir prendre soin de soi, pour éviter les complications, vivre plus longtemps et en meilleure santé. Certaines mamans prennent conscience de leur « fragilité » en devenant mère.

Caroline : « Avant d'être maman, je n'avais pas l'impression d'être en sursis. Maintenant oui ... C'est une raison supplémentaire de profiter de la vie, et de prioriser mon fils sur le reste ».

Avec les enfants.

La gestion des hypoglycémies est ce qu'il y a de moins évident. Il faut penser à sécuriser les petits le temps de se re-sucrer, prévoir les sorties sans oublier la pompe, les stylos et les re-sucrages (en triple quantité car les enfants aiment partager les sucreries !...)

Au fur et à mesure qu'ils grandissent, il faut répondre à leurs questions concernant le diabète (livres, rencontres..).

Nos enfants seront-ils précoces dans la compréhension de l'autre ?

En tous cas, ils comprennent leur mère :

Leurs bons mots :

• Anne 35 ans est en hyper, au parc avec ses enfants (Louise et Maxime, 4 ans) : « Hier, je leur offre une glace, la gentille dame demande si c'est tout et Maxime répond: Maman a pas le droit, sa pompe est pas d'accord aujourd'hui, mais je veux bien sa glace moi! »

• Le dessin de Jules, que porte sa maman sur son ventre?



Le Miroir Grossissant

Melle E. Guerin, IDE

Dr S. Feldman-Billard, Endocrinologue-Diabétologue

Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts, Paris

Rationnel du projet.

Toutes les 30 secondes, un patient diabétique est amputé d'un membre inférieur quelque part dans le monde alors qu'une prise en charge préventive couplée à l'éducation thérapeutique permet de réduire le nombre d'amputation chez le patient diabétique.

En outre, près d'un patient diabétique sur cinq sera confronté à une plaie du pied au cours de sa vie, d'autant plus qu'il existe une neuropathie et/ou une artériopathie associées. Ce risque de plaie du pied est aussi majoré en cas de baisse de l'acuité visuelle. Ce handicap visuel concerne environ 10% des patients diabétiques.

L'autosurveillance podologique fait partie intégrante de la stratégie de dépistage, de prévention et de surveillance des plaies du pied. Cependant, compte tenu du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie des patients diabétiques et de la fréquence des complications oculaires, nombreux sont ceux aujourd'hui dont l'acuité visuelle basse constitue un frein à une autosurveillance podologique. Citons un de nos patients : « je ne vois pas mes pieds, j'ai perdu la sensibilité et je ne peux plus me pencher ».

Aussi, est-il indispensable de développer un outil pour permettre au patient diabétique malvoyant d'observer l'état de ses pieds. Ann Williams, infirmière éducatrice à Cleveland aux Etats-Unis, proposait par exemple une technique « Multiple Senses and Foot Examination » reposant sur l'utilisation d'autres sens, le toucher et l'odorat, lorsque la vue est déficiente.

La fréquence de la malvoyance chez les patients diabétiques suivis dans notre établissement, le Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts, ainsi que notre volonté d'optimiser les actions préventives en matière de complications ont fait émerger l'idée de développer un outil spécifique pour la surveillance podologique des patients diabétiques malvoyants : « le miroir grossissant ».

Présentation de l'outil éducatif : « le miroir grossissant »

Il s'agit d'un miroir double face: 1 face réelle et 1 face grossissante (« effet loupe ») qui peut être utilisé en consultation lors de l'examen podologique mais aussi par le patient lui-même à son domicile.

Pour l'utilisation en consultation infirmière, le miroir est d'une taille suffisante et positionné sur un grand bras articulé pour une meilleure maniabilité et une ergonomie optimale.

Pour la surveillance au domicile du patient, le miroir grossissant est portable et équipé d'une ventouse (fixation possible sur le carrelage).

Les différentes échelles de grossissement (x3, x5, x6 par exemple) sont choisies en fonction du niveau d'acuité visuelle du patient.

Cet outil est accompagné d'un classeur imagier où figurent les principales atteintes podologiques. Ce document nous permet d'étayer la discussion sur les risques avec le patient.

Objectifs de cet outil éducatif.

Le premier objectif de cet outil est d'aider le patient à acquérir et à maintenir les ressources nécessaires pour lui permettre d'être acteur dans la gestion de sa maladie. Il peut ainsi participer activement à l'examen podologique en consultation avec le soignant mais aussi observer l'état de ses pieds au domicile.

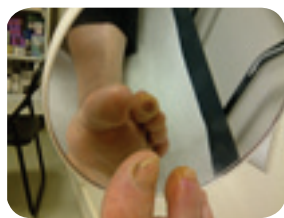
Cet outil pourrait aussi contribuer à la prévention des plaies du pied chez le patient diabétique en l'intégrant dans les programmes d'éducation thérapeutique personnalisé et de groupe.



Patients et méthodes.

Afin d'évaluer l'utilité et l'acceptabilité de cet outil, nous réalisons actuellement une étude observationnelle chez des patients diabétiques de type 2 présentant une plaie du pied, une mycose interdigitale ou une autre atteinte podologique.

Tous ces patients sont atteints d'une rétinopathie diabétique et/ou d'un œdème maculaire. Ne sont inclus dans cette étude que les patients dont l'acuité visuelle du meilleur œil est supérieure à 2/10ème.



L'évaluation est réalisée à partir d'un questionnaire rempli par l'infirmière en consultation. Plusieurs questions sont posées au patient comme par exemple « Avez-vous connaissance de cette plaie ? Avec quelle fréquence utilisez-vous le miroir à votre domicile ? ». Les différentes caractéristiques de l'outil, notamment l'ergonomie et la taille du miroir, sont aussi évaluées. Une comparaison entre la visibilité de la plaie à l'aide du miroir avec et sans grossissement est réalisée.

Des photographies sont prises lors de chaque consultation et servent de support objectif pour le suivi et la discussion avec le patient. Un miroir portable est remis à chaque patient pour une utilisation au domicile.

Le suivi est prévu sur une période de 12 mois avec évaluation trimestrielle ou plus rapprochée si nécessaire.

Critères d'évaluation	Résultats	
Type grossissement nécessaire	x3 (1/3 patients)	x6 (2/3 patients)
Ergonomie du miroir	Bonne (100% patients)	
Taille du miroir	Correcte (3/4 patients)	Insuffisante (1/4 patients)
Visibilité de la plaie sans grossissement	Impossible (1/3 patients)	Possible (2/3 patients)
Visibilité de la plaie avec grossissement	Excellente (2/3 patients)	Correcte (1/3 patients)
Suivi possible au domicile	100% des patients	
Fréquence d'utilisation	1 jour sur 2 à 1 fois par semaine	
Appréciation de cet équipement au domicile	Bonne (100% patients)	

Premiers résultats de l'évaluation de l'outil.

Nous rapportons aujourd'hui les premiers résultats de cette étude qui sont détaillés dans le tableau ci-dessus. Ils montrent l'utilité de cet outil chez des patients avec une acuité visuelle $\geq 2/10$ ème du meilleur œil, son intérêt pratique et sa bonne acceptabilité. Ils devront cependant être confirmés lors de l'évaluation finale.

Conclusion.

Le « miroir grossissant », dont les principales forces résident dans sa facilité de reproduction et son faible coût, permet d'impliquer le patient diabétique en dépit de sa baisse visuelle lors du suivi podologique.

Le patient participe ainsi activement à l'examen de ses pieds en consultation et réalise aussi une autosurveillance podologique à son domicile.

Enfin, le développement de cet outil « le miroir grossissant » mis à la disposition des soignants et des patients contribue de façon active aux messages et actions de prévention des plaies du pied. En offrant une plus large implication du patient dans sa prise en charge, il facilite aussi la communication entre le patient et les différents partenaires de santé en charge du pied diabétique et s'intègre dans la prise en charge globale des complications du diabète.

Remerciements.

Nous remercions les laboratoires Lilly et le comité scientifique de la SFD paramédical pour leur contribution à la réalisation de ce projet.

L'enfant avec un diabète de type I et sa famille

C. Colmel, C. Le Tallec

Hôpital Paule de Viguié - Toulouse

Le diagnostic d'un diabète de type I chez une enfant est un véritable coup de tonnerre pour la famille. L'enfant arrive aux urgences dans un climat d'inquiétude et d'angoisse, soit avec un diagnostic déjà annoncé par le médecin traitant, soit avec un diagnostic non fait. L'hospitalisation va s'organiser autour de trois temps non consécutifs :

- Un temps médical, pour gérer l'urgence et l'adaptation des doses d'insuline
- Un temps éducatif, avec un programme d'éducation pour les enfants et les parents. Au-delà des objectifs de sécurité fixés par l'équipe, des compétences seront à acquérir avec des objectifs pédagogiques adaptés à l'âge de l'enfant, à ses capacités psychiques, cognitives et psychomotrices et à ses besoins et à ceux de sa famille
- Un temps pour faire alliance : comprendre l'histoire de la famille, son mode de fonctionnement, le vécu médical, les représentations du diabète et expliquer les enjeux de la maladie et du traitement.

La prise en charge du diabète comme toute maladie chronique est complexe. La complexité tient à :

- La notion de temps qui est différente pour chacun : pour l'enfant, il vit dans l'instant présent quel que soit son âge, pour les parents pour qui le passé n'existe plus et l'avenir est fait d'incertitude et pour les soignants qui agissent dans l'instant, mais se projettent dans l'avenir en connaissant les difficultés et les risques de complications tardives.

- L'âge de l'enfant : le vécu, les représentations, les relations avec les parents seront différents selon son âge.

- La relation triangulaire spécifique de la pédiatrie : soignant, enfant, parents. Cette relation est évolutive.

Il est important de garder présent à l'esprit que l'enfant quel que soit son âge est le premier acteur.

- La relation non linéaire entre les causes et les effets. L'incertitude du résultat est source d'angoisses pour les parents qui voudraient être dans la maîtrise du chiffre de la glycémie.

- La perception différente entre l'enfant ou l'adolescent qui est malade et le parent qui s'identifie sans percevoir les symptômes.

- Le retentissement social de la maladie qui envahit tous les champs de la vie quotidienne.

Les enjeux de la prise en charge sont nombreux, pour les soignants, pour l'enfant, pour ses parents et pour la famille.

-Les soignants doivent répondre à des objectifs médicaux pour permettre à l'enfant de grandir, de se développer normalement avec un diabète et devenir adulte en limitant ou évitant les complications, à des objectifs psychologiques pour préserver la qualité de vie de l'enfant et de sa famille, à des objectifs éducatifs qui devront s'adapter à leurs besoins. Pour cela, les soignants vont s'attacher à développer des compétences d'auto-soins et d'adaptation avec l'enfant et avec les parents.

- Pour l'enfant, les enjeux sont de comprendre la maladie et le traitement, de participer à un apprentissage par transmission des connaissances par les soignants, par les parents mais également par acquisition à partir de l'expérience. Cet apprentissage doit permettre de donner du sens aux gestes, de s'approprier la maladie, d'acquérir une autonomie progressive pour grandir et devenir adulte.

- Pour les parents, les enjeux seront de s'adapter aux sentiments négatifs : l'incompréhension de la maladie, le caractère définitif génèrent de la colère et un sentiment d'injustice associés à de la culpabilité. Le diabète est responsable de la perte de l'enfant idéalisé. La peur de l'avenir et la peur de mal faire ou de ne pas être capable vont générer un besoin de maîtrise. Ainsi, pour les parents les enjeux de la prise en charge seront d'acquérir des compétences médicales, mais également pédagogiques et psychologiques pour apprendre à leur enfant et pour l'accompagner dans son apprentissage. L'objectif est d'intégrer les contraintes du traitement et de la maladie dans la vie quotidienne familiale et d'apprendre à faire confiance aux autres. Les parents seront des coacteurs dans la relation de soin, des médiateurs entre l'enfant et les soignants et seront facilitant pour l'apprentissage.

-Le diabète retentit sur l'ensemble de la cellule familiale. La fratrie est souvent oubliée. L'hospitalisation en urgence suscite des angoisses et des inquiétudes par les non-dits et la pudeur dans l'expression des sentiments. Au début, la culpabilité et l'angoisse « et si ça m'arrivait » peuvent expliquer une attitude protectrice. Lors du retour à la maison, chacun essaie de reprendre sa place, avec des sentiments de colère et de jalousie.

-Le diabète s'invite également dans la relation avec les grands-parents. Il peut être un frein à l'accueil de l'enfant, avec la peur de mal faire, de ne pas savoir faire, peur de la mort, et peur du conflit avec les parents de l'enfant. La différence entre l'enfant et ses frères ou sœurs peut être identifiée également dans cette relation. Ce retentissement familial lors de la survenue d'un diabète nécessite un accompagnement au-delà de l'hôpital et de l'hospitalisation initiale.

La création d'une structure associative, complémentaire de la prise en charge à l'hôpital nous permet de proposer :

-Des journées pour les enfants et les parents dans les trois mois qui suivent le diagnostic. L'objectif est de permettre un temps d'échange sur le vécu de la maladie, les situations rencontrées, les stratégies mises en place, le partage des mêmes sentiments, une rupture dans l'isolement.

-Des journées et des séjours pour les enfants et adolescents en fonction de leur âge, pour acquérir les compétences d'auto-soins et d'adaptation adaptées à leur âge.

-Des cycles de renforcement de connaissances et de réapprentissage pour les parents, avec des groupes de parents en fonction de l'âge de l'enfant et du schéma de traitement. Ces cycles ont pour but de développer des compétences médicales adaptées, des compétences pédagogiques et d'adaptation

-Des forums à thème de discussion pour les parents tels que « confier mon enfant à un tiers » ou « accompagner mon enfant adolescent vers l'âge adulte »

-Des réunions pour les fratries, pour favoriser l'expression verbale du ressenti, comparer sa propre expérience à celle des autres, offrir un espace de réassurance et permettre aux frères et sœurs de développer des comportements adaptés.

-Des cycles pour les grands-parents avec des journées de formation théorique et des week-end avec leurs petits enfants accompagnés par les soignants pour la pratique du traitement, gestuelle, adaptation, alimentation, gestion des hypoglycémies et des hyperglycémies.

La communication est un levier stratégique pour partager et mettre en œuvre notre vision de la prise en charge médico psychosociale du diabète de l'enfant. Elle permet aux soignants de mieux comprendre les besoins des enfants et des familles et aux parents de mieux comprendre et mieux adhérer aux propositions des soignants.

« Le normal c'est vivre la différence ».

Optimisation de la compliance des femmes Comoriennes présentant un diabète gestationnel

S. Lopez, S. Beaujour, K. Montcerisier, F. Rossi-Pacini, D. M'Roizi,

C. Benmaor, G. Dos Santos, M. Paillaux, E. Samuel-Such5, C. Treglia, M.F. Jannot-Lamotte

Réseau Marseille Diabète

1. Présentation – Introduction.

La communauté comorienne représente 10% de la population marseillaise. A la maternité de l'hôpital de la Conception à Marseille (APHM) la prévalence du diabète gestationnel (DG) est de 12%, alors que la moyenne nationale est de 6%. Sur une file active de 300 patientes enceintes développant un diabète gestationnel suivi à la maternité de cet hôpital, 30% sont d'origine comorienne.

Le DG est dépisté systématiquement lors de la 1ère consultation à la maternité par une glycémie à jeun et, entre la 24ème et 28ème semaine d'aménorrhée (SA) par un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) (ingestion de 75 g de glucose à jeun). Le diagnostic est posé si la glycémie à jeun est supérieure ou égale à 0,92g/L, ou si au moins une des 3 glycémies lors de l'HGPO est au-dessus des normes : Glycémie à jeun(GAJ) \geq 0.92g/l - Glycémie 1h \geq 1.80g/l – Glycémie 2h \geq 1.53g/l.

Lorsque les résultats sont pathologiques, les patientes sont adressées à l'endocrinologue et à la diététicienne. Pour une prise en charge thérapeutique adaptée et plus performante, un outil a été créé afin de permettre aux femmes Comoriennes présentant un diabète gestationnel de mieux comprendre et de s'approprier les recommandations médicales et diététiques pour une meilleure observance.

Il s'agit d'un livret éducatif bilingue français-comorien, imagé et élaboré sous forme de fiches indépendantes. Il introduit des notions sur le diabète gestationnel, les conduites à tenir, la notion d'équilibre et de groupes alimentaires, de glucides présents dans les aliments consommés (manioc, bananes vertes,...), les équivalences glucidiques et une « ordonnance » diététique personnalisée de sortie respectant les besoins nutritionnels pendant la grossesse pour la mère et l'enfant.

2. Méthodologie.

L'évaluation porte x patiente, dans une étude prospective qui compare de 2 groupes :

- Un groupe de patientes éduquées sans cet outil (groupe A) n = 8
- Un groupe de patientes éduquées avec ce nouvel outil (groupe B) n = 8.

L'éducation nutritionnelle est réalisée à T0 (1ère consultation en soin diététique entre la 24ème et la 28ème SA) et à T15 (suivi à 15 jours) pour les 2 groupes.

Au cours de ces consultations, l'objectif étant d'améliorer l'observance des femmes comoriennes présentant un diabète gestationnel, plusieurs axes sont étudiés :

1. Diététique: composition des repas, aliments sources de glucides, équivalences
2. Équilibre glycémique: atteinte des objectifs recommandés pour les GAJ et glycémies post prandiales (GPP) à 2 heures
3. Évolution pondérale.

3. Résultats.

3.1 Aspect diététique.

Pour chaque patiente et à chaque consultation de diététique est réalisée une évaluation :

- Des consommations alimentaires
- Des connaissances
- Du comportement alimentaire

Après prise en charge médicale (endocrinologue) et diététique nous constatons :

Tableau 1 : Acquisition des recommandations nutritionnelles et observances (en %)

		Groupe A	Groupe B
« Savoir citer les aliments sources de glucides »	T0	0 %	50 %
	T15	75 %	83 %
Répartition journalière (nb de repas / jour et collations)	T0	12 %	0 %
	T15	62 %	75 %
Equivalences féculents	T0	0 %	0 %
	T15	75 %	100 %
Equivalences fruits	T0	0 %	0 %
	T15	100 %	100 %

Ces paramètres étudiés sont des notions essentielles dans l'équilibre glycémique du diabète gestationnel.

Après l'évaluation initiale chaque patiente a reçu une « ordonnance » nutritionnelle personnalisée. Pour les patientes du groupe B le livret éducatif a été remis en plus.

Les résultats ci-dessus montrent que l'éducation nutritionnelle est associée à une répartition journalière des aliments satisfaisante dans 62 % des cas dans le groupe A et à 75 % dans le groupe B. Le groupe de patientes qui a reçu le livret (groupe B) a donc une meilleure acquisition des recommandations nutritionnelles que le groupe qui n'a pas reçu le livret (groupe A).

3.2 Equilibre glycémique.

Tableau 2 : Paramètres glycémiques (en %)

		Groupe A	Groupe B
GAJ équilibrées (< 0,95g/l)	T0	25 %	12 %
	T15	100 %	100 %
GPP équilibrées (<1.20 g/l, 2h après le début du repas)	T0	0 %	12 %
	T15	62 %	75 %

Dans le groupe B, 75% des patientes atteignent les objectifs recommandés pour les GPP, versus 62% dans le groupe A. Cette amélioration de l'équilibre glycémique est associée à une meilleure assimilation des connaissances diététiques dans le groupe B (tableau 1).

Dans le groupe A, 38% des patientes sont non compliantes aux recommandations nutritionnelles (tableau 1) et présentent des GPP supérieures aux objectifs (tableau 2).

3.3 Évolution pondérale.

L'Indice de Masse Corporel (IMC) correspond à l'IMC avant le début de la grossesse.

La prise de poids 1 correspond à l'évolution pondérale entre le début de la grossesse et le T0.

La prise de poids 2 correspond à l'évolution pondérale entre T0 et T15.

Tableau 3 : comparaison IMC et prise de poids groupe A versus groupe B

		Moyenne IMC	Prise de poids (kg) 1	Prise de poids (kg) 2
GROUPE A	Compliant aux recommandations nutritionnelles (62 %)	32,4	14	2
	Non compliant aux recommandations nutritionnelles (38%)	31	14,6	
GROUPE B	Compliant aux recommandations nutritionnelles (75 %)	32,8	25	0
	Non compliant aux recommandations nutritionnelles (25%)	25,5	13,2	

Groupe A: Il n'y a pas de différence significative dans les résultats d'IMC et de prise de poids 1 entre les patientes compliantes et les non compliantes.

Groupe B: L'IMC et la prise de poids 1 des patientes compliantes sont supérieurs aux patientes non compliantes. En revanche les patientes du groupe A ont pris 2Kg entre T0 et T15 alors que les patients du groupe B, qui ont reçu le livret éducatif, n'ont pas pris de poids entre T0 et T15.

Une meilleure compliance au régime est observée pour le groupe B avec des GPP plus équilibrées. En se basant sur la relation incontestable entre équilibre glycémique et complications foeto-maternelles on peut donc supposer, qu'il y aura moins de complications foeto-maternelles dans ce groupe.

4. Conclusion.

Cette étude a montré qu'un support éducatif adapté aux traditions culinaires des patientes éduquées optimise l'éducation nutritionnelle et ses impacts sur les glycémies post prandiales évaluées après 15 jours de suivi. En effet le groupe B qui a reçu le livret éducatif est plus observant des recommandations nutritionnelles (apport calorique, équilibre alimentaire en termes de répartition lipides, glucides) et a de meilleures connaissances en termes d'équivalences glucidiques.

Les glycémies postprandiales (2h après le début du repas) sont plus souvent dans les objectifs recommandés dans le groupe B que dans le groupe A.

Cette étude confirme donc que le soin diététique est la pierre angulaire du traitement du diabète gestationnel, soin par lequel l'équilibre glycémique est amélioré, d'autant plus que les outils d'éducation sont personnalisés et adaptés à la population cible. Compte tenu de la relation clairement démontrée entre glycémie et complications foeto-maternelles, on peut espérer diminuer les taux de macrosomie fœtale par cette prise en charge optimisée.

L'étude, menée pour l'instant sur un échantillon trop restreint de patientes (données préliminaires) pour en tirer des conclusions, va se poursuivre pour confirmer les résultats avec un échantillon plus représentatif de 30 personnes / groupe.

Questionnaire d'évaluation des connaissances avec degrés de certitude

C. Maj, C. Kubiak, C. Foulon, C. Lemaire

Centre Hospitalier de Béthune

L'utilisation d'un questionnaire à choix multiples, avec degrés de certitude, dans l'objectif d'évaluer les connaissances acquises par les participants à un atelier d'éducation thérapeutique, est un outil perçu comme peu attractif du fait de la lourdeur de la méthode. Toutefois, son utilisation dans le cadre d'un programme à destination des personnes diabétiques, au sein d'un réseau de santé, s'est avérée plutôt aisée et pertinente en ce qui concerne l'évaluation des connaissances et des pratiques éducatives.

De quoi s'agit-il ? La spécificité de ce type de questionnaire consiste dans le fait que la personne qui le complète doit associer à chacune de ses réponses un niveau de certitude. Ce niveau de certitude s'exprime en degré du fait de l'utilisation d'une échelle métrique (ex: de 0 à 100% plutôt que peu sûre, moyennement sûre...).

La personne interrogée exprime, pour chaque réponse, sa conviction d'être dans le vrai ou ses doutes quant à la validité de sa réponse.

Les données ont été recueillies auprès de 8 groupes de personnes diabétiques, entre janvier et décembre 2011. Au total, 33 questionnaires ont été exploités. Le questionnaire, composé de 28 questions, est remis au début de la première séance et au cours de la cinquième et dernière séance de l'atelier où il fait l'objet d'une correction collective. La comparaison entre les questionnaires distribués avant l'atelier et les questionnaires remis à la dernière séance, est réalisée dans un second temps.

La correction collective permet d'effectuer pendant l'atelier un travail de régulation avec le groupe (réapprentissage, désapprentissage de ce qui est faux, consolidation...) « Pour quelles questions étais-je trop peu sûr de ma réponse alors que j'avais raison (et pourquoi?) » et/ou « Pour quelles questions étais-je très sûr de ma réponse alors que j'avais tort (et pourquoi?) ».

La comparaison entre l'ensemble des questionnaires de début et de fin d'atelier a été réalisée dans une perspective d'évaluation de l'efficacité de l'outil et des pratiques éducatives.

Les résultats globaux sont en accord avec des travaux déjà menés. Les savoirs inutilisables (réponses correctes ou incorrectes avec un degré de certitude inférieur ou égal à 40%) diminuent (35% des réponses avant l'atelier, 11,7% à la cinquième séance) au profit des savoirs utilisables (réponses correctes avec un degré de certitude supérieur ou égal à 60%) qui augmentent significativement (53,3% des réponses avant, 78,5% après).

On constate cependant une légère augmentation de savoirs nuisibles ou réponses incorrectes (de 11,7% à 15%).

Cinq questions ont été identifiées comme « posant problème » car aboutissant, à la suite de l'atelier, à une réponse incorrecte ou correcte avec un faible degré de certitude. Trois questions semblent être « d'intérêt limité » car appelant des réponses correctes, avec un degré de certitude élevé avant et après l'atelier.

Ces résultats nous ont conduits à nous interroger sur la pertinence de certaines questions d'évaluation, ainsi que sur l'efficacité des pratiques éducatives en place. L'utilisation d'un nouvel outil pédagogique au sein d'une séance, le remaniement du questionnaire, ainsi qu'une nouvelle répartition du temps consacré à certains thèmes constituent la réponse apportée aux problématiques soulevées. L'efficacité des réponses apportées sera vérifiée à travers la poursuite du dispositif d'évaluation mis en place.

Tout comme il est difficile pour une personne diabétique de modifier ses habitudes de vie, il est difficile pour le soignant de s'auto-évaluer et de modifier ses habitudes de travail, d'où la nécessité d'utiliser des outils comme celui-ci pour en prendre conscience.

Diabète et grossesse : recommandations et pratiques

C. Bouché

Paris

Deux situations sont à distinguer, la survenue d'une grossesse chez une femme présentant un diabète préalable et la survenue d'anomalies glycémiques en fin de grossesse.

Chez la femme présentant un diabète préalablement à la grossesse, il existe un risque accru d'hypoglycémies, d'acido-cétose, d'hypertension artérielle gravidique, d'infections et d'aggravation des complications de microangiopathie.

Les conséquences fœtales de l'hyperglycémie en début de grossesse concernent l'organogénèse. De ce fait la prise en charge doit débuter en amont de la grossesse afin de diminuer la fréquence des malformations congénitales et de mort fœtale.

Les conséquences de l'hyperglycémie en fin de grossesse sont essentiellement dues à l'hyperinsulinisme fœtal avec les risques de macrosomie, dystocie des épaules, césarienne, hypoglycémie néonatale, etc.

Il convient de dépister un diabète gestationnel chez les femmes à risque à l'aide d'une glycémie à jeun au 1er trimestre et d'une hyperglycémie provoquée orale (75g) vers la 24^{ième} semaine d'aménorrhée.

La prise en charge de ces grossesses impose une collaboration multidisciplinaire rapprochée. Les objectifs glycémiques sont strictes, l'alimentation est adaptée et l'insulinothérapie si nécessaire doit être optimisée.

Ainsi la programmation et une prise en charge adéquate tout au long de la grossesse sont indispensables pour améliorer le pronostic de la grossesse chez les femmes qui ont un diabète préalable. Chez les femmes ne présentant pas de diabète préalablement à la grossesse, celui-ci doit être dépisté en cas de facteur de risque, afin de permettre une prise en charge adéquate.

Prix du meilleur poster 2012

Pour la deuxième année consécutive 9 participants, déjà présélectionnés sur abstracts, ont présenté leurs travaux.

Le conseil scientifique a délibéré et a sélectionné comme lauréat

Mme Catherine Joly, infirmière, Genève, Suisse

Pour son poster intitulé :

Les vraies difficultés du quotidien racontées par les patients diabétiques de type 2 :
Une mine d'or pour bâtir un enseignement thérapeutique adapté.

Sexualité : masculin - féminin

R. Chenet IDE Hôpital Pasteur - F. Provin IDE Hôpital Archet

CHU-Nice

Selon l'OMS la sexualité fait partie intégrante de la santé. Vivre une sexualité harmonieuse permet de s'épanouir et de se sentir bien dans sa peau. La sexualité n'est pas uniquement une question de jouissance et de plaisir.

Une sexualité harmonieuse donne confiance en soi.

Le respect du désir de l'autre et des limites à ne pas dépasser rend la sexualité plus harmonieuse entre deux partenaires. La sexualité est une composante importante de la vie affective, lorsque des problèmes sexuels surgissent, il est essentiel de réunir l'information la plus complète pour apporter une réponse adaptée.

Nous avons suivi une formation (1995-1997) en éducation proposée par IPCEM, nous spécialisant en éducation, nous souhaitions alors travailler ensemble sur un thème nouveau: pourquoi pas la sexualité ?

Peu souvent abordé car sujet tabou, dans notre pratique nous étions très souvent démunies face aux interrogations des patients;

Finalisant cette formation en éducation thérapeutique, nous présentions alors un mémoire sur diabète et sexualité, sujet innovant.

L'enquête incluait 100 patients répondant à un questionnaire précis et libre, 67 hommes et 23 femmes y ont répondu (10 questionnaires non-exploités).

L'analyse montrait que près de 80% des patients souhaitaient que la sexualité soit abordée lors des séances d'éducation.

Nous avons donc proposé différentes possibilités pour aborder la sexualité lors des séances d'éducation:

- Destinées aux diabétiques
- * Entretien individuel
- * Tables rondes
- * Un fascicule

- Destinées aux équipes * Mini-conférences
- * Posters

La création d'un fascicule a été finalisé, travail réalisé en collaboration avec le Dr LEMAIRE de Lille, le Dr ALEXANDRE ainsi que le laboratoire BD.

Parution fin des années 90, début 2000 de la brochure

"DIABÈTE ET SEXUALITÉ, OSEZ EN PARLER"

- *La connaissez-vous ?
- *L'utilisez-vous ?
- *Est-elle un support aidant ?

Il en résultait 3 attitudes pour le soignant:

ÉCOUTER: Dans un climat d'empathie, aider le patient à verbaliser son vécu, ses problèmes.

RASSURER: "Oui, je vous écoute et vous entend" . Répondre aux questions, réajuster les connaissances (croyances, tabous) et soulager le stress

ORIENTER: En parler au diabétologue ou au médecin traitant en accord avec le patient. Proposer de faire intervenir le psychologue du service ou le sexologue.

L'ÉQUILIBRE DU DIABÈTE EST LE PREMIER TRAITEMENT DES PROBLÈMES SEXUELS

Quels phénomènes physiologiques et psychologiques sont à l'origine des troubles de la sexualité.

Chez l'homme:

- * Dysfonctionnement érectile
- * Troubles de l'éjaculation
- * Perte du désir et baisse de la libido

Chez la femme:

- * Déséquilibre glycémique entraînant des mycoses à répétitions, donc des douleurs lors des rapports sexuels
- * Une sécheresse vaginale
- * Une atteinte neurologique clitoridienne entraînant des troubles de l'humeur et une perte de désir.

ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITÉ DU PATIENT DIABÉTIQUE 15 ANS APRÈS:

On a vu la multiplication des brochures d'éducation:

- * Labo BD déjà cité°
- * Labo LILLY et ADIRS°
- * Labo SCHWARZ PHARMA°

La commercialisation des traitements par voie orale:

- * VIAGRA°
- * CIALIS°
- * LEVITRA°

Des traitements par injection intra-caverneuse

- * EDEX °
- * CAVERJECT °

Une médiatisation:

- * Site internet "vivre son couple.com"
- * Spot publicitaire TV: "Des problèmes sexuels: Parlez-en à votre médecin, des traitements existent."
- * L'AIHUS: Association Inter-Hospitalo-Universitaire de Sexologie
- * Supports éducatifs (conversation map, diabadé).

Les troubles de la sexualité, toujours difficiles à aborder, sont-ils plus spontanément évoqués ? Cette multiplication de l'information aide-t-elle à en parler ? "trop d'info, tue-t-elle l'info ?". Les équipes soignantes sont-elles plus sensibilisées ? Actuellement, cette médiatisation est une aide pour le patient comme pour les équipes, cependant, elle est toujours abordée "entre 2 portes", et souvent à la fin de la consultation.

Nos "atouts": la chronicité, on connaît mieux le patient car on le revoit régulièrement.

Des interlocuteurs spécialisés sont là pour aider patients et soignants:

- sexologues
- andrologues

Rappelons le partenariat entre médecin traitant et diabétologue, les réseaux et les associations.

Peu d'études sont consacrées à la sexualité féminine ? La sexualité féminine, un tabou ?

Les femmes diabétiques non pas plus de problèmes sexuels que les autres femmes. Et la piste des gynécologues?

Le gynéco est un médecin spécialisé, la sexualité ne sera pas forcément abordée si la patiente elle-même n'en parle pas.

Les problèmes sexuels des femmes qui souffrent d'une maladie chronique sont souvent négligés par la littérature médicale, une des explications possible est que chez la femme la sexualité est en relation étroite avec la reproduction, en conséquence le plaisir sexuel est dédaigné.

- * Le diabète n'est pas synonyme d'impuissance, mais le déséquilibre OUI

* Persistance de l'image péjorative du diabète par méconnaissance malgré un effort de communication.

Notre attitude: Réajuster les connaissances.

Restent les priorités dans l'éducation: De la même manière que l'on explique aux diabétiques les hypo ou hyper-glycémies et leurs complications, ceux-ci doivent être informés des conséquences sexuelles liées au déséquilibre.

Reste la dimension psychologique, l'harmonie sexuelle du couple qui est, en fait, la focalisation de l'environnement affectif.

Le diabète, maladie chronique, accroît souvent le sentiment de dévalorisation aggravé par la survenue de difficultés sexuelles, difficultés dans le couple et altération de la qualité de vie.

"La sexualité est l'expression de la façon d'être au monde en tant que femme ou en tant qu'homme. Elle se veut l'expression intime et profonde de la vie dans l'union intime de deux êtres. Rien de ce que nous avons été ne meurt en nous, c'est tout simplement un changement"

En 2012, fondamentalement: La sexualité est-elle spontanément abordée ?

- Avons-nous perçu une évolution ?
- Sommes-nous plus ouverts ?
- Et la parité ?

Citons Sénèque: " Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que l'on ose pas, c'est parce que l'on ose pas qu'elles sont difficiles".

CONCRÈTEMENT: Oui, nous avons perçu une évolution mais peu flagrante.

De part notre expérience, il est indispensable de disposer d'un local fermé dédié à l'éducation.

La sexualité, sujet intime, ne s'aborde pas dans une chambre à 2 lits, ni dans un couloir.

Dans ce local, exposer différentes brochures d'éducation dont les fascicules abordant la sexualité.

Lors du recueil de données, avant de poser le diagnostic éducatif, aborder la sexualité de façon simple, évoquer le couple.

Lorsque l'on a la possibilité de travailler en groupe lors des cycles, s'aider des supports éducatifs existants (Conversation Map®).

L'émulation du groupe aide à parler de la sexualité.

Lorsque l'on intervient pour une mise sous pompe, la sexualité sera toujours abordée. Que faire lors des rapports sexuels ? (une évolution: Les cathéters desadaptables). Quelque soit le soignant, aide-soignant, diététicien(ne) auquel se confie le patient: Toujours en référer au médecin.

Enfin et toujours:

ÉCOUTER / RASSURER / ORIENTER.

Journée d'éducation thérapeutique diabète 2012

Cette première journée organisée par la commission SFD pour la formation et la SFD paramédical s'est déroulée le vendredi 11 Mai 2012 à l'Institut Pasteur à Paris sur le thème Les révolutions minuscules-Petit changement comportemental-Grand effet bioclinique

Les diabètes : le « poids » de l'hérédité
 Dr T. MOURAUX, diabétologue pédiatrique
 CHU Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

Aborder l'hérédité du diabète ne prend tout son sens que pour tenter de comprendre ou prévenir le diabète ou ses complications. En parler n'est pas possible sans définir le type de diabète.

Le poids de l'hérédité peut, à mon sens, être apprécié par la lourdeur du diabète tenant compte de l'âge du patient, du type de traitement, des possibles complications, du contexte psychosocial familial, ... et de l'hérédité génétique.

Nous aborderons successivement le diabète de type 1, le diabète de type 2 et les formes monogéniques du diabète en se limitant au MODY (Maturity Onset Diabetes of the Youth).

En Europe, le diabète de type 1 auto-immunitaire représente 90 à 95 % de tous les cas de diabète chez l'enfant et l'adolescent; mais à l'échelle de la population générale le diabète de type 1 représente « seulement » 5 à 10 % de tous les cas de diabètes.

Le suivi de patients diabétiques et de leurs apparentés a permis de mieux déterminer le risque de diabète :

Le diabète ne se transmet pas mais bien la prédisposition génétique. Les gènes HLA (Human Leucocyte Antigen) de classe II constituent plus de 50 % de la susceptibilité génétique. Le portage hétérozygote des allèles DR3/DR4 ou DQ2/DQ8 est présent chez 40 % des patients diabétiques de type 1 alors que l'on ne retrouve ces marqueurs que chez seulement 1 % de la population générale. Le deuxième gène important est le gène de l'insuline qui est responsable par son polymorphisme, lié à la répétition plus ou moins longue de séquences

	Risque de survenue de diabète de type 1 en %
Population générale	0,2
Enfant de mère DT1	2 – 3
Enfant de père DT1	4 – 5
Frère ou sœur de DT1	5
Si HLA identique	15
Si HLA semi-identique	7
Si HLA différent	< 1
Jumeau homozygote d'un DT1	50

dans la région promotrice 5', de 10% de la susceptibilité génétique. De nombreux autres gènes sont impliqués dans la prédisposition génétique. La plupart de ces gènes jouent un rôle dans les contrôles immunitaires.

Sur ce fond de prédisposition génétique, de nombreux facteurs environnementaux jouent un rôle déclenchant dans un processus auto-immunitaire qu'à l'heure actuelle, malgré les nombreuses études, aucun traitement ne peut empêcher. Parmi ces facteurs, de nombreux agents infectieux (virus coxsackie, entérovirus, cytomégalovirus, virus de la rubéole, ...), certains facteurs alimentaires (protéine du lait de vache, vitamine D, ...), certains toxiques, ont été impliqués parfois par leur effet direct sur la cellule β , parfois par mimétisme antigénique, parfois par leur effet immuno-modulateur. Dans tous les cas, aucun facteur isolé n'a permis d'expliquer à lui seul le diabète de type 1.

Durant la phase d'insulte silencieuse qui s'en suit, caractérisée par une cascade auto-immunitaire conduisant à la destruction des cellules β , différents marqueurs biologiques apparaissent. Des auteurs rapportent une élévation précoce de la concentration sérique de lysophosphatidylcholine avant l'apparition des différents auto-anticorps (anti-îlots, anti-décarboxylase de l'acide glutamique, anti-insuline, anti-IA2A (phosphatase membranaire des cellules β), anti-transporteur du Zinc. Des épitopes spécifiques caractérisent certaines populations de cellules T réactives. Ensuite, des altérations hormonales précoces peuvent être documentées (perte du pic précoce de la sécrétion d'insuline, augmentation du rapport proinsuline/peptide-C). Elles caractérisent le diabète préclinique avant les premiers signes de dysglycémie et de diabète patent.

Ces anomalies précoces qui peuvent précéder de mois voire d'années l'apparition d'un diabète ont été étudiées chez les apparentés de patients DT1 et ont permis de déterminer des groupes à faible risque ou à risque élevé.

Dans ces groupes à risque élevé, différentes molécules ont été étudiées pour tenter de prévenir l'évolution vers un diabète patent. Evidemment, dans ces populations, la règle veut de pouvoir étudier des médicaments à très faible risque d'effet secondaire car ces personnes peuvent ne jamais développer de diabète. Malheureusement pour tirer des conclusions significatives, le suivi de ces cohortes est particulièrement long. A l'heure actuelle, les différents traitements étudiés se sont révélés décevants (nicotinamide à haute dose, injection d'insuline, ...)

Pour observer l'efficacité de certains traitements potentiels, on s'adresse de plus en plus aux patients débutant un diabète et ayant une masse β insulaire fonctionnelle résiduelle. Différents agents immuno-modulants ont été testés avec des réponses variables (vaccin anti-GAD, anti-CD3) ne permettant pas à l'heure actuelle d'étendre une prévention à une population particulièrement à risque.

L'idée germe de tenter de bloquer la réaction auto-immunitaire à différents stades en utilisant des combinaisons thérapeutiques.

Le diabète de type 1 reste particulièrement lourd car il touche sans possibilité de le prévenir des enfants particulièrement jeune qui d'emblée devront être traités par insulinothérapie.

Dans notre population européenne, le diabète de type 2 reste rare, même si la situation est différente des Etats-Unis ou de certains pays asiatiques.

Le poids de la génétique est particulièrement lourd dans le diabète de type 2 avec pour exemple que le risque de transmission à la descendance est de l'ordre de 30 % si un des parents est atteint. La concordance d'atteinte de jumeaux monozygotes est de 100 %. Heureusement, avant que le diabète n'apparaisse, de nombreuses années d'insulino-résistance se seront écoulées. En effet le diabète de type 2 est la conjonction obligatoire d'insulino-résistance et d'apoptose de cellules β (liée à la gluco et la lipo-toxicité) suivant une dysfonction de ces mêmes cellules (perte de la première phase de la sécrétion d'insuline induite par le glucose, perte du rythme oscillatoire de la sécrétion d'insuline).

L'insulino-résistance précède le diabète de type 2 d'une vingtaine d'années et reste le meilleur prédicateur clinique du développement d'un diabète de type 2. La résistance à l'insuline présente une prédisposition génétique démontrée par l'atteinte concordante à 100 % de jumeaux monozygotes, suggérée par la prévalence élevée dans certaines populations, prouvée par de rares formes monogéniques. De nombreux gènes impliqués dans l'insulino-résistance, tel le gène de l'adiponectine, présentent un polymorphisme fréquent.

Mais cette résistance à l'insuline est dans la grande majorité des cas révélée par l'obésité qui trouve ses causes dans différents facteurs génétiques, anténatals (pour exemple : l'enfant dysmature) et postnatals. Tous ces facteurs s'inscrivant bien sûr dans un contexte familial, socio-économique, culturel, ... conduisant à un déséquilibre des apports et des dépenses énergétiques.

Dans ce contexte, nous pouvons en partie prévenir le diabète de type 2, en tentant de dépister les phénomènes d'insulino-résistance le plus tôt possible, mais aussi en assurant une prévention de l'obésité par une prise en charge anténatale et postnatale adéquate. Dans l'enfance, maintenons une vigilance particulière pour éviter toute surcharge pondérale touchant à l'heure actuelle quasi 20 % des enfants de moins de six ans. En mettant en avant une alimentation équilibrée et une activité physique, le plus important de la prévention est assuré.

L'hérédité du diabète de type 2 est quasiment toujours médiée par le poids excessif.

Dans les diabètes de type MODY, l'hérédité est particulièrement lourde car la transmission de ces formes de diabètes monogéniques est autosomique dominante et donc toute personne atteinte transmet un risque de 50 % à sa descendance.

A l'heure actuelle le diagnostic génétique de ces diabètes est possible. Il est important de les diagnostiquer car le traitement de ces formes particulières de diabètes, concernant essentiellement le « senseur glucose » lors d'une mutation de la glucokinase (MODY 2), ou des mutations de facteurs de transcription (MODY 1, 3-6), est différent d'un diabète de type 1. La plupart de ces diabètes seront traités par régime seul ou antidiabétiques oraux même si certaines formes comme le MODY 5 requièrent d'emblée une insulinothérapie.

Le diagnostic de la forme de MODY est important car il peut déterminer le risque de complications (mineur dans le MODY 2, identique au type 1 dans le MODY 3).

L'aspect le plus important de ces diabètes est d'être vigilant pour y penser et réaliser les tests génétiques pour confirmer le diagnostic. Les patients diagnostiqués « diabète de type 1 » et reconnus des années plus tard comme « MODY » sont encore trop fréquents et ont parfois passés trop d'années sous une insulinothérapie qui aurait pu être remplacée beaucoup plus rapidement par un traitement oral si un diagnostic de MODY avait été posé assez tôt.

Le diagnostic posé doit faire rechercher la mutation responsable chez tous les apparentés symptomatiques ou asymptomatiques car cela permettra une prise en charge précoce et adaptée.

En conclusion, l'hérédité est propre à chaque type de diabète. Il faut avant tout diagnostiquer précisément la forme de diabète avant de pouvoir discuter des conséquences héréditaires éventuelles. L'observation des cas de diabètes dans une famille et donc son hérédité permettra souvent d'approcher le type de diabète auquel nous pouvons être confrontés et sera parfois l'occasion de (re)prendre en charge adéquatement le patient. Le traitement pourra être optimisé dans certains cas.

Vu la transmission autosomale dominante, les marqueurs génétiques devront être recherchés dans toute la famille en cas de MODY.

Dans le type 1, on pourra proposer une recherche génétique, auto-immunitaire, mais seul un facteur de risque pourra être déterminé sans pouvoir, à l'heure actuelle, proposer de prise en charge préventive. Dans les familles où le diabète de type 2 est présent, l'accent doit être mis pour prévenir dans la descendance tous les facteurs de risque dont l'obésité est le plus important.

Lauréats des bourses 2012

Conseil scientifique du 4 février 2012

Bourses Novo Nordisk 2012

Impact du diabète chez les proches du patient: création d'un outil d'évaluation de l'entourage d'une personne diabétique.

Nathalie HARBONNIER-HOPITAL G ET R LAENNEC, CHU NANTES

Bourse Roche 2011

Programme d'éducation thérapeutique de renforcement : « Atelier Cuisine » pour patients diabétiques de type 2.

Lise CASSE-CENTRE HOSPITALIER AUCH

Bourse Lilly 2011

Améliorer la prise en charge de la douleur en lien avec les injections d'insuline et l'auto-surveillance glycémique des patients diabétiques par des séances d'éducation thérapeutique de groupe, avec des approches psychocorporelles.

Dorothee JEAN-RÉSEAU SAVEDIAB, CHAMBERY

Vie de l'association

Les référentiels SFD paramédical :

Michelle Joly, Présidente de la SFD paramédical, a souhaité la constitution de groupes de travail pour la réactualisation de certains référentiels SFD paramédical .

Année 2011 : référentiel ASG/Techniques d'injection.

Le groupe de travail piloté par Danielle Durain a contribué à l'édition de ce nouveau référentiel.

Il est sorti au Congrès de Nice 2012

Année 2012 : référentiel Alimentation / Nutrition du diabétique de type 2 et Éducation diététique du diabétique de type 2.

Nathalie Masseboeuf pilote le groupe de travail et poursuit le partenariat avec l'AFDN déjà initié. La date de publication est prévue pour le congrès de Mars 2013.





Agenda

Octobre

- 37^{ème} Entretiens de Podologie, 19 et 20 octobre 2012 - Cité des Sciences, La Villette Paris - www.fnp-online.org
- 25^{ème} Salon Infirmier 2012 - du 24 au 26 octobre 2012 Paris Porte de Versailles
- Journée Paramédical SFE le 12 octobre 2012 -Toulouse

Novembre

- 2^{èmes} rencontres d'ETP - Lyon - 16 novembre 2012
- Journée d'Automne de la SFD Paramédical 23 novembre 2012 - Musée Océanographique de Monaco www.sfdiabete.org

Février

- AFDET - 7 février 2013 - Maison de la Chimie - Paris www.afdet.net/

Mars

- Congrès Francophone Annuel de Diabétologie SFD 2013 Du 26 au 29 mars 2013 - Montpellier www.sfdiabete.org

Édité par SFD Paramédical

88 rue de la Roquette – 75011 Paris

01 40 09 89 07 – www.sfdiabete.org

Responsable de Publication : Michelle JOLY

Rédacteurs en Chef :

Ivano MANTOVANI - Martine SAMPER

La S.F.D. Paramédical remercie pour son soutien

