

La revue d'information de la Société Francophone du Diabète Paramédical

N° 62
1^{er} semestre
2015

Congrès SFD 2015 Journées paramédicales

Bordeaux – Parc des expositions
25 et 26 Mars

Le diabète au fil des ans : Parcours de soin – Parcours de vie



**Le coût du diabète en 2015:
des recommandations aux contraintes économiques**

Sommaire

P. 4 Le coût des hypoglycémies sévères

Patrice Darmon, Marseille

P. 7 Les recommandations HAS-ANSM de prise en charge de la glycémie chez les diabétiques de type 2 (DT2). Convergences et divergences avec un consensus international, le « Statement ADA EASD »?

Serge Halimi, Grenoble

P.10 Comment adapter le soin aux contraintes économiques ?

Sylvaine Clavel, Le Creusot

P.12 Les objectifs des soignants répondent-ils aux besoins des patients ?

Philippe Barrier, Paris

P.16 Diabète de la personne âgée : Quels enjeux et quelles précautions ?

Cécile Dognon et Bernard Bauduceau, Saint-Mandé

P.18 Suivi éducatif de patients atteints de rétinopathie diabétique sévère traités dans un centre hospitalier d'ophtalmologie

Angélique Bresson, Paris

P.20 Pied diabétique : Une chaussure de décharge pendant la consultation

Marie Bouly et Dured Dardari, Corbeil

P.22 Diabétopharma : un accompagnement innovant des pharmaciens d'officine pour leur formation à l'entretien individuel avec les patients diabétiques

Frédérique Rousseaux, Loos

P.24 Diab'mouv, aujourd'hui je m'y mets

Sylvia Henriques, Toulouse

P.27 Un livret de recettes crée pour des patients suivis par le Centre Spécialisé de l'Obésité Poitou-Charentes

Maud Giraud et Lélia Eprinchard, Poitiers

Vie de l'Association

P.35 Programme paramédical Congrès SFD Paris

P.36 Agenda

Editorial

La SFD Paramédical a trente ans cette année.

Le congrès de Bordeaux 2015 a été l'occasion de fêter ce passage de l'Histoire. Nous avons pu revoir le nom et la photo de toutes les présidentes successives qui ont conduit avec succès la SFD Paramédical à la maturité, presque toutes étaient là ; un remerciement et toutes nos félicitations à chacune d'entre-elles, un mot particulier à la présidente en exercice, Jocelyne Bertoglio, et à toute son équipe pour la conduite et l'animation de l'évènement avec talent : c'était un passage de l'Histoire qu'il fallait ne pas manquer, et la réussite a été au rendez-vous tant par la manifestation d'amitié et de partage que par la qualité scientifique du programme qui accompagnait l'évènement.



Pr H.Gin – Pr V.Rigalleau
Co présidents du congrès
« Diabète, Bordeaux
2015 »

**« Bordeaux 2015 » a été
un temps d'anniversaire
fort... »**

Par ailleurs cette année 2015 a été marquée par la transition avec quelques nouveautés dans l'organisation du congrès dont la réalisation d'un stand permettant à l'ensemble des sociétés scientifiques médicales et paramédicales travaillant autour du diabète et pour le patient diabétique d'être parfaitement identifiées et présentes au centre de l'espace d'exposition du congrès. La SFD Paramédical a su occuper les lieux et animer le stand avec des séquences vidéo et surtout des vitrines montrant les matériels utilisés en diabétologie ces trente dernières années. La visite du stand et des vitrines a permis à chacun de mesurer l'importance du parcours technologique fait en trente ans, montrant bien l'importance d'une société savante forte pour aider à s'approprier ces nouveaux outils au-delà de leur aspect technique, et définir les meilleures applications possibles pour les patients. La SFD Paramédical a réussi cet accompagnement et cette appropriation comme en témoignent les nombreuses recommandations de « Bonnes Pratiques » issue de votre société.

Alors « Bordeaux 2015 » a été un temps d'anniversaire fort mais aussi un temps de rétrospective montrant le travail accompli et le chemin parcouru : toutes nos félicitations à chacune des présidentes et leur équipe pour le travail accompli avec beaucoup de lucidité et beaucoup de bonheur, tous nos remerciements à la présidente en exercice pour l'investissement dans la préparation de cet anniversaire 2015.

Enfin nous voudrions vous dire tout notre plaisir de vous avoir accueilli à Bordeaux et d'avoir partagé avec vous ce congrès et vos trente ans.

Le coût des hypoglycémies sévères

Pr Patrice Darmon

Hôpital de la Conception, CHU Marseille

Les hypoglycémies sévères (HS) - nécessitant l'assistance d'un tiers - représentent un problème majeur dans la prise en charge des patients diabétiques traités par sulfamides, glinides ou insuline. Au-delà de leurs conséquences médicales avérées (neurologiques, traumatologiques) ou supposées (cardiovasculaires), ces épisodes iatrogènes constituent une source majeure d'anxiété pour les patients et leur entourage, altèrent la qualité de vie, induisent des stratégies d'évitement (moindre observance, grignotage, inactivité) et peuvent devenir un frein à l'intensification thérapeutique et à l'obtention d'un équilibre glycémique optimal. Ces dernières années, de très nombreuses études d'observation ou d'intervention sont venues illustrer la fréquence élevée des HS au cours du diabète de type 1 (DT1) mais également du diabète de type 2 (DT2). Aux Etats Unis l'insuline et les antidiabétiques oraux arrivent respectivement en 2^{ème} et 4^{ème} position des classes thérapeutiques impliquées dans les hospitalisations pour iatrogénie chez les patients de plus de 65 ans [1]. Au Royaume-Uni, une étude prospective observationnelle illustre l'importance de la problématique des HS chez les patients diabétiques, en rapportant une prévalence annuelle variant de 7% chez les patients DT2 traités par sulfamides ou par insuline depuis moins de 2 ans à 46% chez les sujets



présentant un DT1 évoluant depuis plus de 15 ans [2]. En France, les résultats récents de l'étude multicentrique observationnelle DIALOG menée « en vie réelle » auprès de patients traités par insuline depuis au moins un an montrent que 13,4% des patients DT1 et 6,4% des patients DT2 présentent au moins une HS au cours d'un seul mois de suivi [3].

Hypoglycémies sévères : un impact économique considérable

Au regard de leur fréquence et de leurs conséquences, les HS ont un impact médico-économique substantiel, à la fois en terme de coûts directs liés à la prise en charge de l'épisode aigu (resucrage oral, injection de glucagon, appel et intervention des services de secours, transport, séjour et surveillance aux urgences, hospitalisation) et de coûts indirects, que ce soit à court terme (arrêts de travail, baisse de la productivité) ou à plus long terme (altération de la qualité de vie, renforcement de l'auto-surveillance glycémique et du suivi infirmier et/ou médical, frein à l'intensification thérapeutique avec majoration du risque de complications) [4].

Ces dernières années, quelques études médico-économiques, principalement issues des pays anglo-saxons ou scandinaves, ont permis de mieux évaluer l'importance des coûts (principalement directs, plus rarement indirects) relatifs aux hypoglycémies à partir de l'analyse de registres régionaux ou nationaux ou sur la base d'études observationnelles sur des effectifs sélectionnés [5-8]. Ces travaux se sont le plus souvent focalisés sur les HS dont l'impact économique est plus simple à appréhender que celui des hypoglycémies modérées. Les résultats de ces études varient sensiblement selon les pays et leur système de santé, mais aussi selon la population d'analyse, le lieu et le type de prise en charge (recours aux services d'urgence vs gestion à domicile), la nature, la source et le tarif unitaire des items recueillis ou la modélisation utilisée pour le calcul des coûts. Quelles que soient ces discordances et la façon d'exprimer les résultats (coût par épisode, coût annuel par patient), toutes ces études s'accordent pour conclure à une sous-évaluation de la fréquence et du coût des HS, pour des raisons liées à

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
Au regard de leur fréquence et de leurs conséquences, les Hypoglycémies Sévères ont un impact médico-économique substantiel, à la fois en terme de coûts directs et de coûts indirects, à court et à plus long terme
★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

des problèmes de traçabilité dans les registres ou aux limites du recueil des données par questionnaire d'une part, et aux incertitudes inhérentes aux estimations financières, notamment pour les coûts indirects, d'autre part.

Hospitalisations pour hypoglycémie sévère

En France, l'analyse des bases PMSI a permis d'identifier 36075 séjours hospitaliers avec codage 'hypoglycémie sévère' en 2012, dont 27218 séjours concernant 23470 patients DT1 ou DT2 (90% à l'hôpital public ; 60% de patients de plus de 65 ans ; durée moyenne de séjour 8,1 jours) : le coût moyen de ces séjours était de 4254€ (2953€ si 'HS' codée en diagnostic principal, 5340€ si 'HS' codée en diagnostic associé) et leur coût annuel estimé à 116 millions € (soit 1,7% des coûts totaux liés au diabète)[9].

Aux Etats-Unis, on recense 248000 hospitalisations de patients diabétiques avec un codage 'hypoglycémie sévère', avec une durée moyenne de séjour de 7,8 jours, pour un coût moyen de 50000\$ par séjour et un coût annuel évalué à 13 milliards \$ par an (dont 12 milliards \$ pour les patients DT2) [10].

Prise en charge de l'épisode aigu

- *Données internationales*

En 2009, un travail rétrospectif mené dans 3 pays européens (Royaume-Uni, Allemagne, Espagne) portant sur 639 sujets DT1 ou DT2 ayant présenté au moins une HS lors de l'année précédente a permis de comparer le coût moyen de prise en charge d'une HS (résolue par l'aide d'un proche, d'un professionnel de santé ou motivant un séjour aux urgences et/ou en hospitalisation) dans ces différents pays [5].

Pour les patients DT1, le coût moyen est globalement plus élevé pour les DT2 du fait d'un nombre plus élevé d'hospitalisations. Le coût des HS motivant une hospitalisation est bien plus élevé en Allemagne qu'au Royaume-Uni ou en Espagne mais le recours à l'hospitalisation est moins fréquent en Allemagne que dans les deux autres pays (Tableau 1).

Coût moyen HS 2009	Royaume-Uni	Allemagne	Espagne
DT1	236€	441€	577€
Dt2	537€	533€	691€
Coût moyen si hospitalisation 2009			
DT1	1307€	3298€	1424€
DT2	1314€	3023€	1404€

En Suède, l'étude rétrospective de Jonsson et al. [6] estime les coûts d'une HS gérée par l'entourage à domicile (injection de glucagon), par un médecin ou un service d'urgence, ou nécessitant une hospitalisation à respectivement 63€, 380€ et 3917€ ; sur ces sommes, les coûts indirects représentent respectivement 37€, 45€ et 1111€. Les auteurs ont pu extrapoler le budget annuel relatif aux HS à l'échelon national, estimé à 4,25 millions € par an au minimum, soit 14€ par patient et par an [6].

En 2014, aux Etats-Unis, une étude comparable, mais limitée aux coûts directs par épisode, fait état de chiffres bien plus élevés : 176\$ (glucagon), 1311\$ (urgences) et 16478\$ (hospitalisation) [7]. Toujours aux Etats-Unis, une revue récente de la littérature portant sur 14 études de bonne qualité a évalué les coûts moyens d'une HS ne nécessitant pas d'intervention médicale à 242\$ et ceux d'une HS nécessitant une quelconque intervention médicale à 1740\$; sur ces sommes les coûts indirects étaient évalués (pour le DT2 uniquement) à 176\$ et 579\$ [8].

- *Données françaises*

En France, nous disposons des résultats de deux études récentes sur le sujet. La première, présentée lors du congrès de la SFD 2013, est une étude observationnelle rétrospective visant à définir la fréquence et l'impact financier de la prise en charge des HS survenues chez les patients DT2 du bassin de Grenoble durant l'année 2010, à partir des données d'interventions du SAMU et des pompiers, et des admissions aux urgences du CHU et des établissements de proximité. Les auteurs ont recensé 105 épisodes, survenus chez 99 patients (0,48%/patient/an ; âge moyen 73 ans, traitement par insuline dans 65% des cas, hospitalisation dans 61% des cas), et ont estimé le coût direct à 4978€ par épisode, soit 23,7€ par patient

DT2 et par an. En extrapolant au territoire national, cela pourrait représenter 25000 HS et 125 millions € par an [11].

La seconde, présentée lors du congrès de la SFD 2015, est une étude multicentrique nationale (9 centres) prospective visant à estimer la fréquence et le coût direct des HS gérées par le SAMU ; parmi les 811 patients pris en charge pour HS, 25% ont été transférés et surveillés aux urgences et 15% ont été hospitalisés. Le coût moyen du parcours de soins a été évalué à 2341€ par épisode ; en extrapolant à l'échelon national, cela pourrait représenter 20000 HS gérées par le SAMU chaque année pour un coût total de 47,8 millions € [12]. Les estimations issues de l'étude de Grenoble sont plus élevées sans doute parce que l'étude ne concernait que des DT2 plus âgés, plus fragiles, nécessitant bien plus souvent une hospitalisation.

Au final, en dépit de certaines limites méthodologiques, et au-delà de la variabilité des résultats selon les pays et les populations analysées, ces études médico-économiques confirment que les HS ont toujours un impact financier substantiel. A l'heure de la personnalisation des objectifs glycémiques, il est nécessaire de conduire des actions d'éducation et de prévention des HS au sein du parcours de soins du patient diabétique. Il faudra sans doute également réfléchir à la volonté de la collectivité de favoriser la prescription et le remboursement de nouvelles classes thérapeutiques plus 'immédiatement' onéreuses mais non génératrices d'hypoglycémies coûteuses ('willingness to pay').

Références

1. Budnitz DS et al. *N Engl J Med* 2011; 365: 2002-12
2. UK Hypoglycaemia Study Group. *Diabetologia*, 2007;50 :1140-7
3. Cariou, B et al. *Diabet Metab* 2015 ; 41 :116-25
4. Fidler C et al. *J Med Econ* 2011; 14: 646-55
5. Hammer M et al. *J Med Econ* 2009; 12: 281-90
6. Jonsson L et al. *Value Health* 2006; 9:193-8
7. Ward A et al. *J Med Econ* 2014; 17: 176-183
8. Foos V et al. *J Med Econ* 2015;18 :1-13
9. Torreton E et al. *ISPOR Annual European Congress 2013*
10. Singh G et al. *ADA Annual Congress 2013*
11. Halimi S et al. *Congrès annuel de la SFD 2013*
12. Chevalier N et al. *Congrès annuel de la SFD 2015*

Nouveau !!

Promotion et diffusion de vos initiatives pour l'amélioration des pratiques en diabétologie.

Soumission ouverte du 15 juin au 30 septembre 2015.

Résumé de 3500 caractères.

Société Francophone du Diabète Paramédical

Prix Initiative Diabète SFD paramédical

Promotion et valorisation du travail en équipe

Date limite de soumission : 30 Septembre

1000 euros ou une invitation pour 2 personnes au congrès SFD Lyon 2016

Règlement et conditions de candidature www.sfdiabete.org

Abstract à envoyer prixsfparamedical@sfdiabete.org

N'hésitez pas à proposer vos résumés, vos projets et actions !
Résumé à déposer sur messagerie :

prixsfparamedical@sfdiabete.org

Les recommandations HAS-ANSM de prise en charge de la glycémie chez les diabétiques de type 2 (DT2).

Convergences et divergences avec un consensus international, le « Statement ADA EASD »?

Pr Serge Halimi,
CHU Grenoble

Ce texte résume les études qui ont conduit aux recommandations HAS-ANSM 2013 qui elles-mêmes ont été inspirées par le Statement Européo-Américain ADA-EASD soutenu par la SFD et rapporte le débat organisé durant le dernier congrès SFD de Bordeaux Mars 2015.

Introduction

La nouvelle recommandation HAS-ANSM de prise en charge « glycémique » du DT2 a été publiée en janvier 2013 (1) avec la volonté affichée, en introduction du texte long, d'intégrer un critère d'efficacité (tenir compte des coûts de chaque médicament et stratégie) et du fait de la venue sur le marché de nouvelles classes thérapeutiques les « incrétines », c'est à dire les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DPP4-i ou gliptines) et les agonistes du GLP1 (GLP1-a). De plus il convenait de prendre en compte les résultats de vastes essais qui visaient à définir les effets du contrôle strict des glycémies sur le risque cardiovasculaire des DT2,

ACCORD, VADT, ADVANCE (2). C'est ainsi qu'au printemps 2012 (complété en 2015), un Statement (prise de position commune) d'experts américains (ADA) et européens (EASD) a été publié et endossé par la Société Francophone du Diabète (SFD) (3). Ce statement a largement influencé la recommandation française pour définir des objectifs glycémiques « individualisés » mais les autorités françaises ne partageaient pas les moyens pour les atteindre au sens du choix des médicaments. Quelles convergences ou divergences retenir entre ces deux textes ?

Convergence quant aux objectifs : le maître mot commun « individualisation ».

La recommandation HAS-ANSM s'est calquée sur le Statement ADA-EASD qui parle de « profil patient » et donc du principe « d'individualisation ». Le diabète Type 2 étant un état évolutif, les objectifs et traitements doivent être réévalués régulièrement. Ces critères sont simples: âge, ancienneté du diabète, comorbidités, fragilités surtout cardiovasculaires et rénales, espérance de vie, risque d'être victime d'hypoglycémies surtout sévères et aux gravités potentielles par leurs conséquences (risque de morbi-mortalité accrue suspectée dans l'étude ACCORD), autres effets indésirables et enfin la motivation du patient. Pour une majorité de patients DT2, l'objectif d'HbA_{1c} est ≤ à 7%. Pour un diabète récemment diagnostiqué avec une longue espérance de vie, cible HbA_{1c} ramenée à ≤ 6.5%. Plus les patients sont « fragiles » plus la cible d'HbA_{1c} s'élève: de 7% à 7.5 - 8% (voire même < 9% pour certains). Point commun important le risque hypoglycémique et à un moindre degré le poids sont des déterminants des choix d'objectifs et moyens de traitement.

La recommandation HAS précise les objectifs pour certains groupes de sujets DT2:

- âges > à 75 ans, de « vigoureux » (≤ à 7%), âgés fragiles cible ≤ à 8% (maladies du cœur évoluées, insuffisance rénale) ou « malades », à courte espérance de vie (risque hyper-osmolaire, hypoglycémies sévères) < à 9%.
- Selon la fonction rénale : DFG entre 59 et 30 ml/min ≤ à 7% et en deçà de 30 ml/min jusqu'en dialyse ≤ 8%.
- Femmes DT2 en vue de grossesse ou enceinte < à 6.5%.



Des divergences quant aux moyens : un choix centré sur les coûts : principe d'« efficacité »

La première ligne de traitement : est en totale convergence :

- La metformine est la première ligne de monothérapie si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré les mesures hygiéno-diététiques. Pour la HAS, en cas d'intolérance ou de contre-indication de la metformine : choisir un sulfamide hypoglycémiant (ou glinide), voire un inhibiteur des α -glucosidases. Le Statement ne cite pas les inhibiteurs des α -glucosidases.

Deuxième ligne de traitement : le texte HAS propose plusieurs algorithmes dont on peut retenir les principaux messages suivants :

- La bithérapie privilégiée est l'association metformine + sulfamides hypoglycémiant (ou glinides).
- Sinon, la bithérapie metformine + inhibiteur des α -glucosidases est préférée à metformine-gliptines. Mais en association à la metformine le groupe HAS admet la non-infériorité des gliptines par rapport aux sulfamides ou glinides mais sans provoquer des hypoglycémies et sans prise de poids. Le choix de repousser leur usage dans les algorithmes est guidé par la prudence (manque de recul) et le coût journalier de ces différentes stratégies. Le texte indique toutefois que ce choix des gliptines est possible en bithérapie avec la metformine « *si la survenue d'hypoglycémie est une situation préoccupante* », y compris chez l'insuffisant rénal et le sujet âgé fragile. Toute la question est donc de savoir quel est le risque et la fréquence des hypoglycémies sous sulfamides hypoglycémiant. La simplicité d'emploi de cette bithérapie metformine-gliptine en a fait le choix privilégié par les praticiens français plus que dans les autres pays à niveau économique comparable. Notons que le prix des gliptines est actuellement soumis à une baisse progressive sur les 18 mois à venir.

Après la bithérapie, diverses trithérapies orales sont envisagées :

- Metformine + sulfamide + inhibiteur des α -glucosidases d'abord sinon metformine + sulfamide + gliptines ou un recours aux thérapeutiques injectables : metformine + sulfamide + insuline voire metformine + sulfamide + GLP1-a lorsque « *l'IMC est > à 30 kg/m²* » et « *si la survenue d'hypoglycémie est une situation préoccupante* ». On voit là encore que ce choix est soumis à la décision des praticiens qui considèrent de plus en plus souvent ce dernier choix comme légitime, tant le surpoids de certains de leurs patients est fréquent et grande, faut-il aussi le rappeler, leur inertie pour le passage à l'insuline.

Mise à l'insuline :

- A ce stade la HAS privilégie 1 injection d'insuline intermédiaire (NPH) au coucher, puis l'intensification de l'insulinothérapie 2 à 3 Premix (mélange fixe NPH + rapide).

★★★★★★★★★★

Convergence quant aux objectifs :
le maître mot commun
« individualisation ».

Des divergences quant aux moyens :
un choix centré sur les coûts :
principe d'efficacité.

★★★★★★★★★★

Commentaires quant aux divergences :

- Sont cités et recommandés les inhibiteurs des α -glucosidases (totalement exclus par le statement ADA-EASD) et le repaglinide malgré l'absence d'études (EBM) quant à leurs effets sur les complications du DT2.
- Aucune distinction faite entre glibenclamide et sulfamides hypoglycémiant de seconde génération, incluant les sujets âgés ou insuffisants rénaux malgré le risque hypoglycémique lié au glibenclamide.
- L'usage du repaglinide est peu encadré malgré ses risques hypoglycémiques existent pourtant.
- L'intolérance digestive de l'association metformine–inhibiteurs des α -glucosidases (bi ou trithérapie), elle est pourtant recommandée par la HAS.
- Pour les sujets DT2 avec cible d'HbA_{1c} ≤ à 6.5% sans générer d'hypoglycémie si la monothérapie ne peut y parvenir le Statement propose l'association « metformine + gliptine ». La HAS ne la retient pas.
- Pour les sujets DT2 âgés ou insuffisants rénaux pour la HAS la cible d'HbA_{1c} est fixée à <7% ou < 8% sans limite inférieure, source potentielle d'hypoglycémies.

- Le choix de débiter l'insuline au coucher en priorité par la NPH ne correspond pas aux Statement ADA-EASD ni à la position de la SFD. La préférence va aujourd'hui, là où on en dispose, aux analogues lents qui sont considérés comme plus maniés et à moindre risque hypoglycémique surtout nocturne.
- Enfin la présentation proposée par le Statement semble bien plus pédagogique que les algorithmes de la HAS.
- Cette dernière garde selon nous l'inconvénient de proposer une stratégie faite d'escalades thérapeutiques, et place en particulier l'insuline à « la fin de l'histoire » alors que le Statement la place comme une alternative dès la bithérapie, avec des conséquences indéniables sur le comportement des praticiens, inertie au passage à l'insuline.

Une recommandation basée sur l'efficacité qui manque d'outils de mesure ?

- La volonté de la CNAM de faire établir par la HAS/ANSM, une recommandation basée sur les coûts des stratégies se heurte, selon les auteurs eux-mêmes, à l'absence d'outils permettant de les mesurer autrement qu'en comptant le prix de vente de chaque boîte de médicament (1).
Quid des reversements de sommes importantes par les industriels « rétro-commissions » pour les produits récents coûteux.
Quid des séjours de la fréquence (4) et du coût des hypoglycémies sévères (5), surtout des séjours hospitaliers évités, d'autres coûts indirects et du moindre recours à l'autosurveillance glycémique ?

En conclusion

Le Statement ADA-EASD a totalement inspiré la recommandation française quant aux objectifs glycémiques sur la base d'études internationales robustes. Mais le choix des moyens diverge. Il a été principalement justifié en France, par la volonté de réduire les coûts « immédiats » donc l'usage des « incrélines » ou des insulines « les analogues lents » plus que par la prudence légitime concernant tout traitement récent. Les vastes études long terme qui sont actuellement menées sur des dizaines de milliers de patients DT2 avec toutes les incrélines, commencent à répondre à la question de la sécurité d'emploi (SAVOR, EXAMINE, TECOS, ELIXA): pas de sur-risque cardiovasculaire comme l'exige la FDA et pas de signal sur le pancréas exocrine (6,7). On peut considérer que plutôt que de proposer certaines stratégies un peu surannées ou interdire la venue sur le marché d'autres nouveaux traitements, il serait préférable de légiférer sur la liberté de prescription de n'importe quel traitement sans préalable, ni justification, pourtant une démarche largement utilisée ailleurs en Europe. Mais le médecin français est un français donc un rebelle et refuse toute contrainte. De fait celle-ci viendra du blocage de l'arrivée sur le marché des innovations pourtant bien utiles à « certains » patients. Que chacun en tire les conséquences !

Bibliographie :

1. *Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 « Recommandations pour la pratique clinique »* http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c_1358579/recommandations-diabete-de-type-2.
2. Scherthaner G. *Diabetes and Cardiovascular Disease: Is intensive glucose control beneficial or deadly? Lessons from ACCORD, ADVANCE, VADT, UKPDS, PROactive, and NICE-SUGAR.* *Wien Med Wochenschr.* 2010;160:8-19.
3. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. *Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes.* *Diabetes Care.* 2015;38:140-9.c
4. Halimi S. *Severe hypoglycaemia the "tip of the iceberg": an underestimated risk in both type 1 and type 2 diabetic patients.* *Diabetes Metab.* 2015;41:105-6.
5. Foos V, Varol N, Curtis BH, Boye KS, Grant D, Palmer JL, McEwan P. *Economic impact of severe and non-severe hypoglycemia in patients with Type 1 and Type 2 diabetes in the United States.* *J Med Econ.* 2015;18:420-32.
6. Scherthaner G, Sattar N. *Lessons from SAVOR and EXAMINE: some important answers, but many open questions.* *J Diabetes Complications.* 2014;28:430-3.
7. Green JB, Bethel MA, Armstrong PW, et al. *TECOS Study Group. Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes.* *N Engl J Med.* 2015 Jun 8. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26052984.

Comment adapter le soin aux contraintes économiques ?

Dr Sylvaine Clavel
Fondation Hôtel Dieu, Le Creusot



Le conseil scientifique de la SFD paramédical m'a demandé de réfléchir à l'adaptation de l'offre de soins, aux contraintes économiques pour les soignants, sans évoquer comment les patients peuvent adapter leurs soins à leurs propres contraintes économiques. Je n'aborderai donc pas, ni les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour appliquer les mesures hygiéno-diététiques proposées (mieux manger et mieux bouger...), ni les stratégies que nous pouvons trouver avec eux pour y arriver, ni les difficultés qu'ils rencontrent face la pénurie médicale, face à leur « reste à charge ».

Nous nous intéresserons uniquement aux soignants et à leurs difficultés à proposer une offre de soins de qualité « malgré tout ».

Quelles sont ces contraintes économiques ?

Elles sont

- * d'ordre structurel avec la suppression des lits, avec le rapprochement ou le mariage de structures publiques et/ou privées à but non lucratif et/ou privées à but lucratif, avec la création de CHT (Communauté Hospitalière de Territoire) et actuellement de GHT (Groupement Hospitalier de Territoire)

- * d'ordre organisationnel avec le développement des soins ambulatoires, avec la création de coordination des soins par des réseaux ou par des plateformes, avec l'élaboration de parcours de soins, avec la mise en place du programme téléphonique Sophia et avec la mise à disposition d'infirmières Asalée (action de santé libérale en équipe)

- * d'ordre financier avec la tarification à l'acte (T2A), avec la diminution ou le non remboursement de nouvelles molécules et de techniques innovantes, avec les recommandations françaises.

Pourquoi ces contraintes économiques ? ... l'augmentation du coût du diabète.

Le diabète est la 1^{ère} affection de longue durée (ALD) depuis 2010 avec, en plus, la progression la plus forte. En 2010 la CPAM a dépensé 17,7 Milliards € dont 10 en coûts directs et indirects. Ce coût s'explique par l'augmentation de la prévalence du diabète. 2,5 Millions de patients en 2007 ; 3,5 Millions en 2010 ; 5,2 Millions en 2030 (en fait probablement plus), soit une prévalence de 3,85% en 2007 ; 4,54% en 2010 ; 4,74% en 2012 avec une grande disparité régionale. Cette progression est corrélée à l'augmentation de la prévalence de l'obésité et au vieillissement de la population. La prévalence du diabète augmente avec l'âge (selon l'étude ENTRED 2009) 1 patient diabétique sur 2 a plus de 65 ans, 1 patient sur 4 a plus de 75 ans. Actuellement entre 65 – 75 ans, 1 homme sur 5 et 1 femme sur 6 sont diabétiques (CNAM 2014).

Que doit-on penser ou faire de ces contraintes économiques ?

L'objectif du fait de ces contraintes est de diminuer le coût du diabète.

Pour les contraintes structurelles :

Selon la nouvelle loi de santé, tout établissement de santé doit adhérer à un GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) avec un projet médical commun intégrant besoins et graduation des soins.

L'hôpital a une nécessité urgente de se réformer avec l'élaboration d'une cohérence des soins de ville et de l'hôpital, et un développement de l'ambulatoire. Mais le projet de loi est complexe sans personnalité morale. Par ailleurs que fait-on des établissements privés qui, en fonction des régions, apportent un maillage de soins indispensables ?

Pour les contraintes organisationnelles :

La tarification des soins externes n'est pas conforme, par exemple, aux soins des troubles trophiques podologiques, ambulatoires et multidisciplinaires; les règles de fonctionnement de l'hôpital de jour ne sont pas adaptées à la diabétologie, l'ETP et la multidisciplinarité paramédicale et médicale.

Le parcours de santé ou de soins ou de vie... est centré sur le médecin généraliste mais la place de notre spécialité est floue, les délégations des tâches ne sont pas précisées.

Les particularités régionales ainsi « que ce qui marche » ne sont pas pris en considération dans une loi de santé d'uniformisation dictée par le « haut ».

Quel est aujourd'hui le rapport coût bénéfice du programme Sophia ?

Comment éviter l'amalgame entre une infirmière Asalée¹, s'installant dans les maisons médicales, dont la fonction est d'être déléguée à la santé publique et une infirmière clinicienne en particulier de diabétologie ?

Pour les contraintes financières :

La tarification à l'acte n'est pas adaptée à la prise en charge d'une maladie chronique comme le diabète, dans les hôpitaux la valorisation est décalée et met en péril les services d'endocrinologie : amputer orteils, pieds est plus intéressant financièrement pour un établissement que de faire de la prévention ou des soins conservateurs (momification... etc.) ⇒ discussions SFD, SoFIME (Société Francophone de l'Information médicale) avec ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation).

La diminution ou l'absence de remboursement de nouvelles molécules et de techniques innovantes nous incite à adapter notre offre de soins :

- proposition aux patients diabétiques type 2 d'effectuer 1 cycle glycémique le 1^{er} et/ou le 15 de chaque mois afin de rentrer dans le cadre des 200 Bandelettes glycémiques remboursées/an.
- demande de remboursement de quelque capteur par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapée), ou distribué par des prestataires pour accéder aux mesures continues de glycémie.
- inclusion dans un programme de recherche clinique pour permettre aux patients d'accéder à de nouvelles classes thérapeutiques.

Il est donc indispensable que les soignants changent d'attitudes en favorisant le travail multidisciplinaire, la coopération entre la ville et l'hôpital, la coordination des soins et la délégation de tâches pour un travail plus efficient, afin de proposer le juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité. Les soignants dans notre spécialité ont pour la plus part d'entre eux démarré ce virage, mais comment faire reconnaître et valoriser ses efforts de changement ?

Il est tout aussi indispensable que les patients changent d'attitudes aussi: le culte du médicament, la méconnaissance du coût des traitements de la prise en charge et le « j'y ai droit » sont particulièrement délétères. Les patients ont à faire valoir leurs droits et, mais ont, aussi, des devoirs envers la société.

Il est tout aussi indispensable pour nos institutions que prévalent les intérêts des patients et la santé publique sur les intérêts économiques. La loi de santé actuelle est un mille-feuille de bonnes intentions mais sans modalité pratique ; propose-t-on des solutions pour la pénurie médicale, pour la dérive de l'éthique médicale, pour la prévention ? Une étude a bien montré que le coût du diabète vient de la progression du nombre de patients diabétiques et non de la progression de la dépense de la prise en charge individuelle moyenne. Que prévoit-on pour cette prévention ?

Comment conclure ?

Nous devons : rester unis SFD médical et paramédical, SFE, FENAREDIAM, CODEHG, SEDMEN, FFD et être force de propositions et d'exemples dans le domaine de la prise en charge ambulatoire multidisciplinaire, de la délégation de tâche, de la coordination de soins et de la coopération entre la ville et l'hôpital.

¹ ASALEE (Action de santé libérale en équipe) : expérimentation de coopération interprofessionnelle Médecins Généralistes – Infirmières déléguées à la santé publique,



Les objectifs des soignants répondent-ils aux besoins des patients ?

Philippe BARRIER

Philosophe, docteur en sciences de l'éducation

Lauréat de l'Académie de médecine, Prix Pierre Simon « Ethique et réflexion » 2014

L'intitulé de l'intervention permet de constater qu'on n'oppose pas ici aux « objectifs » des soignants, les « objectifs » des patients, mais leurs « besoins »... Les patients n'auraient-ils donc pas d'objectifs ? Ou les soignants, pas de besoins ? Cette dichotomie recoupe celle, naturelle au discours médical, qui oppose le savoir scientifique et technique du soignant aux « représentations », nécessairement profanes, du malade, spontanément discréditées. Avoir des objectifs suppose un recul par rapport au vécu, à l'affect, et un niveau de connaissances qu'on prête difficilement au patient. La formule laisse donc entendre que le patient n'est pas un *partenaire* de soin, mais *l'objet* d'un soin. C'est, effectivement, le plus souvent, la réalité de sa situation.

Il me semble que s'il y a un besoin essentiel du patient, c'est sans doute d'être reconnu, au sein-même de la relation de soin, comme un *sujet* à part entière. C'est-à-dire une *subjectivité*, avec des affects, des émotions, une pensée propre ; mais aussi une *subjectivation*, c'est-à-dire une capacité et une volonté de donner un sens à sa vie, un sens singulier dont personne ne peut décider à sa place. Le discours médical contemporain, influencé par l'institutionnalisation de l'éducation thérapeutique du patient, accorde désormais à celui-ci le rôle d'*acteur* du soin, lui permettant d'échapper ainsi à une représentation purement passive. Mais c'est oublier qu'un acteur joue le plus souvent un rôle écrit par un autre. Or le patient, tout patient qu'il soit, est *l'auteur* de sa vie, dont la maladie n'est qu'un événement parmi d'autres, même s'il est déterminant. Le malade a fait appel au médecin, au soignant, pour *l'aider* à écrire cette partition difficile de *la vie avec la maladie*, pas pour l'écrire à sa place.

★★★★★★★★

"Le malade a fait appel au médecin, au soignant, pour l'aider à écrire cette partition difficile de la vie avec la maladie, pas pour l'écrire à sa place.

★★★★★★★★

Dans le traitement d'une maladie, dans l'acception générale du terme, l'objectif des soignants comme des patients semble être *la guérison* – encore qu'il faille s'entendre sur ce que recouvre le mot. Pour le médecin, dans une perspective essentiellement biomédicale, il entend d'abord par guérison la disparition des symptômes et un recul ou une suppression de la pathologie. Le malade, s'il souhaite lui aussi la disparition des symptômes, dans la mesure où ils sont douloureux, pénibles, handicapants ou dangereux pour sa survie-même,

espère également, et peut-être avant tout, un *mieux-être* général, car c'est sa vie-même, dans sa totalité, qui a été perturbée par l'intrusion de la maladie. Ce qu'il entend par *rétablissement*, c'est la possibilité d'être rétabli, j'allais dire *dans ses droits*, c'est-à-dire dans le cours habituel de sa vie, avec toutes les potentialités qu'elle lui offrirait, et dont la maladie semblait l'avoir privé. La disparition des symptômes fait partie de ce rétablissement, mais ne représente pas la totalité de ses espérances. Elle peut même, paradoxalement, aller à l'encontre de cette aspiration.

Le cas de Ray, rapporté dans le remarquable ouvrage du Dr Oliver Sacks : « *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*² », m'en semble une excellente illustration.

Ray, le patient du docteur Sacks, est atteint de la maladie de Tourette, affection neurologique qui se manifeste par des tics extrêmement violents, et parfois des troubles du langage ou du comportement. Mais Ray est très intelligent et bien intégré affectivement. Il a beaucoup d'humour et manifeste, grâce à son extrême

² Point/Seuil, Paris.

rapidité, un exceptionnel talent de batteur de jazz, qu'il met à profit le week-end. Cependant ses tics irréprensibles lui ont fait perdre de nombreuses fois son emploi dans la vie courante.

C'est la raison essentielle pour laquelle Ray consulte : remédier à cette handicapante instabilité professionnelle causée par son état de santé, ou plus exactement par le rejet de sa troublante singularité par le monde professionnel.

Le docteur Sacks propose à Ray le traitement habituel et efficace pour cette pathologie : l'Haldol. Mais celui-ci a d'abord pour effet de faire perdre à Ray sa nervosité et sa rapidité. A cause de ce ralentissement qui le ramène à la norme commune, il se blesse dans ses déplacements. Il se sent aussi inquiet par la transformation de sa personnalité, qui se normalise également et lui fait perdre toute son originalité et son talent. Il devient un batteur de jazz ordinaire, dépourvu du génie qui était lié à ses symptômes et les transformait en un atout exceptionnel et une grande source de joie. Ray refuse donc le traitement.

La relation thérapeutique aurait pu s'arrêter là. Ray aurait pu quitter le médecin, ou lui mentir, s'enfermer dans la dissimulation, la fausse observance. Le médecin aurait pu se laisser bernier par Ray, ou douter, ou s'affronter à lui et tenter de lui imposer son autorité et sa légitimité de médecin. Au lieu de cela, l'un et l'autre ont l'intelligence (et l'humilité) de sortir de leur posture réciproque et de réfléchir ensemble à des solutions satisfaisantes pour eux deux.

Le docteur Sacks, après discussion, propose à Ray une période d'essai sans traitement, suivie d'une période de réflexion et de reprise momentanée du traitement. Ray réfléchit de son côté et rencontre régulièrement le médecin pour discuter avec lui de son expérience et des conclusions qu'il en tire. Ainsi l'obstacle que fait surgir le traitement n'est ni évité ou nié, ni le butoir qui aurait pu mettre en échec la pérennité de la relation. Il est l'objet commun de réflexion et d'expérimentation des deux partenaires de la relation.

Ray teste la vie sans Haldol et avec symptômes, et la vie sans symptômes et avec Haldol. Il s'habitue à sa lenteur forcée des jours avec traitement, et au retour des symptômes et de la vie à toute allure sans traitement. Et il choisit... les deux ! Il décide en effet de prendre son traitement en semaine, et de vivre le week-end sans traitement. Il est ainsi tour à tour un employé modèle, c'est-à-dire dont le comportement correspond à la moyenne statistique des employés, et un batteur fou et drôle frisant le génie.

Sa norme c'est d'être deux, sans schizophrénie, puisqu'il reconnaît l'existence successive et alternée de l'un et de l'autre comme étant lui-même. Il est à la fois dans la norme et hors norme, ce qui me semble être une définition parfaite, mais sans doute exceptionnelle, de la bonne santé, de ce que Nietzsche appelle « la grande santé », celle qui va au de-là du bon et du mauvais.

On voit par cet exemple que l'objectif du médecin et « le besoin du patient » (tenons nous en encore à cette expression) peuvent coïncider, ou plus exactement *se concilier*, à la condition que chacun puisse s'ouvrir à la problématique de l'autre. Le médecin, tout en dérogeant partiellement à l'obligation de traitement, n'a pas renoncé à sa *vocation thérapeutique* et à son devoir de bienfaisance, il l'a seulement *élargi* à une conception plus ouverte, qui *adopte* le point de vue du patient sur sa vie, au lieu d'essayer de lui faire *adapter* sa vie au traitement, c'est-à-dire, assez souvent, de renoncer à ce qui en fait le prix. Le patient n'a pas renoncé à ses choix de vie, tout en s'ouvrant à la compréhension de *la nécessité interne* du traitement pour résoudre sa problématique professionnelle en regard de sa pathologie. Il a pu l'intégrer, dans une proportion qui correspond à *sa norme de vie globale*, et lui donner une place dans la hiérarchie de ses valeurs de vie.

Dans le cadre de la maladie chronique, l'objectif principal du soignant *normal*, entendu dans le sens de ce qui correspond à la moyenne statistique, est rarement aussi proche des *préoccupations intimes du patient*. L'objectif avoué, proclamé, et on pourrait dire *rabâché* et quasi obsessionnel du soignant, c'est *l'observance du patient*. Une observance inconditionnelle, qui représente un idéal fiévreusement recherché par des soignants, majoritairement déçus, parfois jusqu'au « burn out », car le constat de l'inobservance du patient est accablant : 80% des patients chroniques ne sont pas observant, au sens où ils ne tirent pas un bénéfice maximum d'un traitement qui n'est pas régulièrement ou pas suffisamment suivi, et 30% ne le sont pas du tout, c'est-à-dire ne suivent pas les prescriptions médicales et ne tirent donc aucun bénéfice du traitement



prescrit. Les médecins s'en désolent à juste titre et s'échinent à trouver des solutions pour « *faire adhérer* » le patient à son traitement... C'est-à-dire, à mon sens, qu'ils prennent le problème à l'envers.

L'emploi-même du terme d' « observance » manifeste une première ambiguïté : le dictionnaire nous révèle qu'il renvoie à un contexte essentiellement *religieux* : l'obéissance à la règle religieuse. Il s'agit donc, plus ou moins consciemment, de *sacraliser* l'obéissance du patient aux prescriptions du médecin, présentées comme faisant indiscutablement loi. Bien prendre son traitement devient donc, pour le patient, une sorte de *devoir moral*, auquel il lui faut se plier de l'extérieur. Or le fait de prendre son traitement relève d'une toute autre motivation, et d'une toute autre nécessité, qui, en fait, n'a rien de moral ni d'extérieur au patient.

Si la volonté de soigner, et l'action thérapeutique du médecin sont parfaitement légitimes et rationnelles, le traitement en lui-même, ne présente pas automatiquement les mêmes caractéristiques. La proposition qu'en fait le médecin, pour tel patient particulier, n'est qu'une *hypothèse thérapeutique*, certes fondée sur des preuves statistiques souvent bien établies.

Mais la légitimité de son application à un individu totalement singulier (y compris morphologiquement et biologiquement), dans un contexte de vie lui-même totalement singulier, ne va absolument pas de soi. Elle doit être *évaluée* en commun, médecin-patient, en tenant compte de toutes les exigences en jeu, concernant non seulement la maladie en elle-même, mais la vie du patient avec la maladie ; comme l'exemple de Ray nous l'a bien fait sentir.

Plus profondément encore, cette conception médicale du traitement témoigne de la tendance à *l'appropriation exclusive de la norme par le corps médical*, qui se manifeste tout au long de son histoire depuis Hippocrate. Dire que le patient doit *adhérer* à la norme que représente l'application de son traitement, c'est affirmer qu'elle lui est *extérieure*, que sa logique lui est extérieure. Il s'agirait d'une logique purement médicale, au sens professionnel du terme. Or le patient est à même de découvrir et reconnaître la *nécessité interne* du traitement, à la fois par sa sensibilité aux symptômes que lui impose sa maladie et la volonté de s'en débarrasser, mais aussi par la reconnaissance, par cette même sensibilité, des bienfaits que le traitement lui procure éventuellement, et des bénéfices que représente une telle *régulation* de la maladie et de la vie avec la maladie.

Le patient dispose en effet, comme tout être humain, d'une *sensibilité normative*, que j'appelle *auto-normativité*, qui est le prolongement dans la conscience humaine de la *normativité naturelle* propre au vivant qui met en œuvre, dans l'organisme et dans son rapport au milieu, les conditions « *de son maintien et de son développement pris pour norme* ». C'est cette ressource interne au patient que le médecin, le soignant devraient solliciter, éduquer et renforcer chez le patient afin qu'ils collaborent ensemble à l'élaboration d'une nouvelle norme de santé, intégrant les exigences du soin et celles de la vie avec la maladie. Au lieu qu'en rejetant le patient à *l'extérieur* de la problématique du soin et du traitement qu'ils s'approprient, médecins et soignants s'interdisent d'en faire un partenaire efficace et engagé, et renforcent sa méfiance, ses doutes ou son refus.

Cette tendance du vivant humain singulier à une sorte de *régulation globale* n'est pas sans paradoxes, qui rendent difficile sa saisie par le médecin ou le soignant. En effet, elle privilégie le plus souvent *les enjeux psychiques*, émotionnels et affectifs, au détriment parfois des enjeux strictement biologiques ou directement vitaux. C'est ainsi que peuvent s'expliquer certaines conduites à risques ou comportements autodestructeurs (que je préfère qualifier d'*auto-maltraitants*) comme les addictions ou le refus du traitement. Il s'agit avant tout pour la personne de *préserver son intégrité psychique* et de se protéger contre ce qui lui semble la plus grande menace : sa déstructuration psychique et l'espèce de *mort psychique* que représente la grande dépression. C'est pourquoi l'alcoolique, bien qu'il sache qu'en même temps il se détruit biologiquement, a l'impression de *se soigner* en buvant, parce que l'euphorie ou l'abrutissement de l'alcool lui masque ou lui permet d'anesthésier une angoisse majeure qui le terrifie. Il en va de même pour le multi désintoxiqué et multi récidiviste drogué.

C'est aussi pourquoi le patient pour lequel la maladie est initialement ressentie comme une menace contre son identité et son intégrité psychique, peut d'abord la refuser ou la nier, dans une *stratégie normative de défense*. Au lieu de s'arc-bouter à ce refus et tenter de le combattre frontalement, le médecin, le soignant devraient d'abord en reconnaître la légitimité, compte tenu de la gravité des enjeux existentiels de la maladie pour le patient, et l'aider à le dépasser et s'en libérer grâce à leur écoute ouverte et compréhensive, et à la facilitation qu'ils offriraient à la libre expression du patient. Ainsi les « *besoins* » du patient, dont le plus pressant est peut-être celui de défense contre la violence psychique de la maladie, pourraient se transformer en « *objectifs* » communs au soignant et à lui-même. S'il parvient, par l'écoute qu'on lui accorde, à se libérer du poids des affects, des émotions et des représentations les plus négatives de la maladie, alors il peut prendre suffisamment de recul avec sa maladie, pour en faire un objet d'analyse et d'expérience. S'il est reconnu comme légitime par le soignant, il peut développer son savoir expérientiel de la maladie, et l'approfondir par sa confrontation à la connaissance scientifique et technique du médecin. Celui-ci, en bénéficiant de cet apport extrêmement précieux de *l'expérience intime de la singularité*, enrichira son propre savoir scientifique, essentiellement général et statistique. L'accès ainsi offert à l'intériorité de la maladie constitue le complément indispensable de son savoir clinique, qui dépassera la simple observation grâce à cette approche phénoménologique et intuitive offerte et partagée.

L'objectif commun au soignant et au patient qui se révèle dans cette relation de soin authentique, est la co-construction d'une nouvelle norme de santé, « *artificielle* », c'est-à-dire produit de l'art médical et de l'art de vie du patient, qui suppléera autant que faire se peut, la norme biologique défailante. C'est à la fois un objectif médical et un objectif de vie, déterminé de l'intérieur, dans un élan vital qui permet au patient *le maintien et le développement de soi*, au sein-même de l'expérience de la maladie. Objectif ambitieux, dont l'autre nom est peut-être simplement le bonheur, même pour une personne malade...

Pour la 5ème année !!



Allocation Recherche LifeScan/SFD Paramédical

Dépôt des dossiers :
du 15 juin au 15 septembre

N'hésitez pas à proposer vos recherches, vos projets et actions !
Dossier à déposer sur messagerie :
prixsfparamédical@sfdiabete.org

Diabète de la personne âgée : Quels enjeux et quelles précautions ?

Cécile Dognon, diététicienne et Pr Bernard Bauduceau, diabétologue
Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé.

L'augmentation régulière de l'espérance de vie et la majoration de la prévalence du diabète concourent à faire du diabète des seniors un sujet de première importance. Ainsi, dans le relevé du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de 2009, le diabète intéressait en France, 19,7% des hommes et 14,2% des femmes dans la tranche d'âge de 75 à 79 ans. La moitié des diabétiques de notre pays est âgée de plus de 65 ans et le quart a plus de 75 ans.

Comment définir les différents profils de personnes âgées diabétiques ?

La définition de la personne âgée selon l'OMS est actuellement fixée à 65 ans pour les malades présentant des affections invalidantes et à 75 ans pour les sujets qui ont bien vieilli. En réalité, la population des diabétiques âgés est très hétérogène mais peut globalement se répartir en 3 catégories selon que ces malades soient restés « vigoureux », qu'ils soient « fragiles » ou « malades » avec une altération importante de leur autonomie. La classification de ces patients est de première importance car elle conditionne les objectifs thérapeutiques et par voie de conséquence les modalités de traitement.

Quelles sont les particularités de la prise en charge du diabète chez les personnes âgées ?

Les particularités de la prise en charge de ces personnes tiennent aux multiples facteurs qui interfèrent avec leur état de santé. Ainsi l'âge, l'intrication des pathologies intercurrentes et des traitements chez les sujets âgés diabétiques ont un effet déterminant sur les complications du diabète, particulièrement celles qui concernent la vision, les reins, les pieds, le cœur, les artères, la nutrition et la cognition. Les troubles cognitifs nécessitent d'être reconnus car ils interviennent de façon déterminante sur les modalités de prise en charge et de traitement du diabète. L'évaluation de la capacité du sujet à réaliser lui-même son autocontrôle glycémique, à prendre ses médicaments, à pratiquer les injections d'insuline et à adapter les doses mais également à préparer ses repas et à s'alimenter de façon autonome, va nécessiter ou non l'intervention d'un aidant. Les états dépressifs s'avèrent également plus fréquents chez les personnes âgées



souffrant de diabète et ils constituent un facteur à la fois confondant et aggravant d'un éventuel syndrome démentiel.

L'existence d'une insuffisance rénale est très importante à considérer dans la détermination de la stratégie thérapeutique. En effet, la constatation d'une insuffisance rénale nécessite une adaptation de la posologie des médicaments ou impose d'avoir recours à l'insuline seule dans les formes sévères. Enfin, ces sujets âgés présentent très fréquemment des pathologies associées conduisant à de multiples prescriptions médicamenteuses majorant le risque d'accidents iatrogènes.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

La moitié des diabétiques de notre pays est âgée de plus de 65 ans et le quart a plus de 75 ans.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Quels conseils diététiques chez les patients diabétiques âgés ?

Un élément capital de la prise en charge des patients diabétiques âgés concerne le dépistage, la prévention et le traitement de la dénutrition. Trop de ces malades sont soumis à des restrictions alimentaires néfastes à leur état de santé alors qu'ils sont déjà dénutris. Ces idées reçues sont les conséquences de croyances et de peurs véhiculées par l'entourage ou même par certains professionnels. Le dépistage de la dénutrition est facilement réalisable grâce au questionnaire MNA (Mini Nutritional Assessment) ou encore en utilisant les recommandations de l'HAS de 2007. Il convient de souligner que la constatation d'un surpoids ou même d'une obésité n'écartent pas l'existence d'une dénutrition. Les règles diététiques doivent être souples, adaptées aux habitudes de vie du patient, au contexte socio-économique et aux autres pathologies qu'il peut présenter. Ainsi, pour les professionnels concernés, tout comme pour les aidants, il est essentiel d'individualiser les conseils afin de les rendre concrets et applicables. Dans ce but, il ne faut pas hésiter à fournir des repères simples du mode d'alimentation (3 repas par jour comprenant des glucides complexes à chaque repas...), des idées de repas ou encore de collations, d'orienter vers les portages de repas à domicile lorsque cela est nécessaire ou encore de former les proches et les professionnels de santé. Quoi qu'il en soit, les apports nutritionnels journaliers ne doivent pas être inférieurs à 1600 calories et 200 grammes de glucides. Aucun interdit ne doit être prononcé en dehors de la prise massive de glucides simples en début de repas afin d'éviter les excursions glycémiques trop importantes. Dans le cadre de la dénutrition, les conseils sont notamment orientés vers la prise de protéines, trop souvent insuffisante chez la personne âgée en raison d'un fréquent dégoût pour les viandes.

Quels sont les objectifs du traitement des patients diabétiques âgés ?

L'objectif d'équilibre glycémique, estimé par le niveau de l' HbA1c, doit être d'autant moins ambitieux que l'état du diabétique âgé est plus précaire. Selon les dernières recommandations de la HAS et de l'ANSM parues en janvier 2013, l'HbA1c doit être inférieure ou égale à 7% chez les patients « vigoureux », inférieure ou égale à 8% chez les sujets « fragiles » et inférieure à 9% chez les « malades ». Malheureusement, ces normes ne comportent pas de limite inférieure et risquent de conduire à un sur-traitement de personnes diabétiques âgées ce qui a déjà été constaté dans plusieurs études menées notamment en EHPAD. Ce point est capital car une HbA1c trop basse risque de s'accompagner d'hypoglycémies souvent mal ressenties ou méconnues qui sont susceptibles d'entraîner des chutes et des complications graves sur le plan cardiovasculaire ou neurologique.

Au final, il ne faut pas traiter excessivement un patient dont le pronostic ne dépend plus de l'évolution du diabète mais il ne faut pas non plus insuffisamment équilibrer les glycémies d'un sujet dont l'espérance de vie est encore importante et qui risque de développer des complications notamment microangiopathiques au niveau de l'œil, du rein et des nerfs.

*Prix du meilleur abstract, Prix Coup de cœur,
Prix du meilleur poster
2016*

Date de soumission des abstracts: de fin septembre à fin octobre 2015
Sur le site : www.sfdiabete.org

Suivi éducatif de patients atteints de rétinopathie diabétique sévère traités dans un centre hospitalier d'ophtalmologie

Angélique Bresson, Maryline Spitzmuller, Sylvie Feldman-Billard
CHNO des Quinze-Vingts, Paris 75012, France

La rétinopathie diabétique (RD) concerne plus d'un tiers des patients diabétiques et 10 % ont un handicap visuel qui en découle. Le meilleur traitement de la RD reste préventif et repose sur un contrôle glycémique et tensionnel adapté dont le bénéfice a été largement démontré dans des études récentes. Cependant, l'amélioration du contrôle glycémique doit être obtenue sans baisse brutale de la glycémie pour éviter toute aggravation transitoire de l'état rétinien.

Le CHNO des Quinze -Vingts à Paris accueille chaque année près de 3000 patients diabétiques (90 % de type 2) pour des soins ophtalmologiques. La majorité d'entre eux (80%) n'a jamais consulté de diabétologue auparavant et 50% ont déjà une RD. Devant ce constat, l'équipe pluridisciplinaire du service de Médecine Interne a développé une prise en charge éducative spécifique chez ces patients diabétiques atteints de complications rétinienues sévères.



Afin d'évaluer le bénéfice de ce suivi éducatif, nous avons réalisé une étude prospective chez ces patients diabétiques suivis en ophtalmologie pour RD sévère et adressés en consultation infirmière d'ETP en diabétologie à l'annonce de la complication. Les patients déjà suivis en diabétologie et/ou ayant atteint l'objectif glycémique requis n'étaient pas inclus. Nous avons retenu comme critères d'évaluation : le pourcentage de patients ayant atteint l'objectif glycémique fixé selon l'atteinte rétinienne et en accord avec le patient, les variations du taux d'HbA1c, de la fréquence de réalisation de l'autosurveillance (ASG) et de la survenue d'hypoglycémies. Le niveau d'assiduité aux consultations d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) était aussi analysé.

*Meilleur abstract
LifeScan/SFD paramédical
2015*

Patients et méthodes de l'étude

Un suivi rapproché comprenant initialement le Bilan Educatif Partagé était de mise avec une consultation infirmière d'une durée de 30 minutes tous les 15 jours pendant 2 mois puis mensuelle. Les ressources éducatives utilisées reposaient sur des techniques de communication centrées sur le patient : écoute active, entretien motivationnel et le questionnement socratique plus particulièrement réalisé pour diminuer les peurs des patients (crainte des hyperglycémies très spécifique à cette population). A chaque consultation d'ETP, les objectifs glycémiques étaient revus avec le patient et le seuil de resucrage redéfini à la hausse si nécessaire pour limiter le risque d'hypoglycémies. Le lien entre le diabète et l'œil était spécifiquement travaillé ainsi que la perception du patient sur son contrôle glycémique. L'utilisation du lecteur de glycémie et du matériel d'injection était adaptée à l'acuité visuelle. Des aides optiques (loupe, carnets agrandis...) et une consultation d'Orthoptie Basse vision pouvaient être proposées. Les supports écrits étaient adaptés à la malvoyance en format agrandi, dactylographié en police de caractères > 18 points, times new roman ou arial, sans mise en forme superflue (marge à gauche, intervalle régulier, pas de souligné ni de couleur, pas de cursive...). L'analyse du contrôle glycémique (moyenne glycémique, hypoglycémies...) reposait sur les données glycémiques téléchargées à partir des logiciels des lecteurs et sur le taux d'HbA1c réalisé tous les

3 mois. La consultation avec le diabétologue était programmée chaque trimestre ou plus souvent si nécessaire ainsi que des consultations de diététique.

Résultats

De mars 2013 à avril 2014, 51 patients diabétiques âgés en moyenne de 53 ans ont été inclus dans cette étude puis suivis en moyenne pendant 8 mois. Les trois quarts des patients étaient diabétiques de type 2 (73%) et la durée moyenne du diabète était de 19 ± 10 ans. L'acuité visuelle (AV) médiane était estimée à $5/10^{\text{ème}}$ à chaque œil et un quart était malvoyant ($AV < 3/10^{\text{ème}}$ du meilleur œil). A l'inclusion, le taux moyen d'HbA1c était à $9,2 \pm 1,7\%$. Parmi les patients, 4 avaient un taux d'HbA1c inférieur à 6,5% et 9 autres patients présentaient des hypoglycémies sévères bien que leur taux d'HbA1c était largement supérieur à 6,5%. Après s'être assuré de l'observance, le traitement a été majoré chez 30 patients, diminué chez 13 et non modifié chez 8. Après 6 mois de suivi, deux tiers des patients (64%) avaient atteint l'objectif fixé initialement (HbA1c : $7,7 \pm 1,3\%$) sans majoration des hypoglycémies. Tous (vs 70% à l'inclusion) réalisaient au moins une glycémie quotidienne avec un matériel adapté à leur AV. Les trois quarts des patients (38/51 ; 75%) ont été assidus aux consultations. Ces derniers comparés à ceux au suivi aléatoire ($n=13$) réalisaient plus souvent une autosurveillance ($p=0,02$) et se sont davantage améliorés ($p=0,01$). Soulignons que tous les patients malvoyants ont suivi avec assiduité les consultations et se fixaient un objectif glycémique significativement plus bas que ceux dont l'acuité visuelle était $> 3/10^{\text{ème}}$.

En conclusion, la survenue d'une baisse visuelle chez un patient diabétique le conduit à s'impliquer davantage. La mise en place d'un suivi éducatif structuré couplé aux soins ophtalmologiques permet d'adapter le matériel et d'élaborer un objectif glycémique adapté à l'état rétinien. Mais, ce temps éducatif permet surtout d'instaurer un partenariat contribuant à aider le patient à acquérir des compétences pour gérer sa vie aussi bien que possible avec le diabète et la complication oculaire handicapante.

Lauréats des Bourses 2015



Bourse ROCHE 2015 : 7 000 Euros

« Atelier pratique d'éducation thérapeutique pour des patients DT2 : comment mieux connaître ses traitements ? »

Julia HUN, Infirmière , Patrick LEGARLANTEZEC, Pharmacien, HIA Bégin, Saint Mandé



Prix LILLY 2015 : 5000 Euros

« Cuisi'Diab »

Patricia COHEN-SOLAL, Infirmière,
Présidente de la Maison du Diabète, Nice



Pied diabétique : Une chaussure de décharge pendant la consultation

Marie Bouly, IDE et Dr Dured Dardari, diabétologue Unité pied diabétique
Centre Hospitalier Sud Francilien Corbeil Essonnes



*Prix scientifique
Abstract Coup de cœur
SFD paramédical
2015*

Fournir au patient diabétique une chaussure de décharge pendant la consultation : une solution qui réduit le risque d'aggravation des lésions du pied. Le Service Diabétologie du Centre Hospitalier Sud Francilien l'a mis en place, avec succès.

15 à 25 % des patients diabétiques présentent une plaie du pied au cours de leur vie... Et un patient diabétique ayant une plaie du pied a le même pronostic vital à cinq ans qu'un patient atteint d'un cancer du côlon métastasé. A eux seuls, ces deux chiffres résument la gravité des complications des plaies du pied diabétique, qui reste par ailleurs la première cause d'imputation en France, avant même les accidents de la voie publique. Parmi les traitements possibles, la décharge du pied figure en bonne place. Aussi importante que les mesures locales et générales du traitement, ce pilier du soin se résume ainsi : une plaie non déchargée est une plaie non traitée.

Une problématique complexe

En général, la prescription de la chaussure de décharge est faite lors de la consultation au Centre de Cicatrisation, mais l'achat par le patient a lieu en externe, dans une pharmacie ou un magasin de matériel médical. De plus, la chaussure fournie en ville ne correspond pas toujours à la prescription initiale : substitution du fournisseur, matériel non adéquat ou non compatible avec la taille du pansement... Si l'on ajoute à ces éléments le manque d'éducation au port de la chaussure pour certains patients, on voit poindre le risque accru de nouvelles plaies et d'aggravation de la lésion existante.

Une Solution simple

Le CHSF a donc cherché à répondre à ces enjeux en mettant en place une solution innovante : fournir la chaussure de décharge en temps réel, lors de la consultation. L'équipe médicale et paramédicale a travaillé en concertation avec un podologue, présent lors de cette consultation pour fournir exactement la chaussure adéquate d'une part, mais aussi pour répondre aux interrogations et aux besoins d'information des patients d'autre part. Comme le dit le Docteur Dured Dardari, diabétologue au sein du CHSF, « ce système combine plusieurs atouts : simplicité, proximité, interconnexion entre les différents intervenants. Tout cela, au service de la santé du patient ! ».

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

**"une problématique complexe,
une solution simple,
un projet gagnant/gagnant".**

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Des résultats positifs

Afin de mesurer les résultats de cette innovation, une enquête a été menée auprès des 43 patients ayant bénéficié, outre la démonstration systématique par l'infirmière, de la prescription en temps réel d'une chaussure de décharge, de quatre modèles différents (37% WPS, 23% Barouk longue, 13% Aircast, 23% Sanital).



Modèle WPS



Modèle Barouk longue



Modèle Aircast



Modèle Sanital

Le comportement des patients et l'évaluation de leurs plaies à trente jours sont évocateurs : aucun patient n'a abandonné la chaussure, aucun n'a eu de nouvelle lésion due au port de celle-ci, et 38 patients, soit 88 %, ont connu une évolution favorable avec notamment une diminution de la taille de la plaie. Une étude randomisée à plus grande échelle est envisagée à l'avenir afin de fiabiliser encore davantage ces résultats plus qu'encourageants.

Un projet gagnant-gagnant

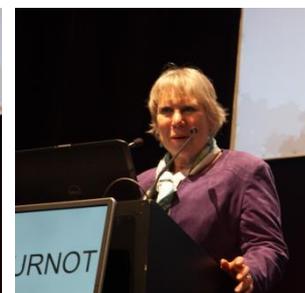
Au terme de cette enquête, l'équipe soignante est confortée dans son choix thérapeutique. L'utilisation d'un système de décharge s'avérant indispensable dans le traitement d'une lésion diabétique, le CHSF poursuit donc sa démarche de fourniture, d'essai et d'apprentissage au port de la chaussure au moment même de la prescription lors de la séance pied. Outre l'optimisation de l'utilisation ultérieure de la chaussure, et l'évolution favorable des plaies, elle minimise le risque d'apparition de nouvelles lésions et présente un ultime avantage : son accessibilité. Disponible pour tous les patients de l'unité, la solution est vertueuse pour le système de santé et recueille l'adhésion de tous les partenaires et des patients eux-mêmes. L'exemple, pas si difficile que ça à concrétiser, d'un projet gagnant-gagnant !

Vie de l'association

Référentiel de bonnes pratiques SFD Paramédical :

En 2014, le groupe Pied SFD/SFD Paramédical a travaillé sur la réactualisation du document datant de 2005.

Ce nouveau référentiel, intitulé « Pour la prévention et le traitement local des troubles trophiques podologiques chez les patients diabétiques à haut risque podologique », a été présenté lors de la journée paramédicale du congrès de Bordeaux 2015.



Jocelyne Bertoglio, Présidente SFD Paramédical, remercie l'ensemble des membres de rédaction et de relecture et notamment Marie Louise Grumbach, Pr Agnès Hartmann et Dr Jacques Martini, chefs de projet.

Un remerciement également, à Catherine Journot, podologue, membre du conseil scientifique SFD Paramédical pour son implication au sein du groupe.

Diabétopharma : un accompagnement innovant des pharmaciens d'officine pour leur formation à l'entretien individuel avec les patients diabétiques.

F Rousseaux, M Dubly, C Delattre, JJ Basier, N Tammar, M Vanneste, P Fontaine, Maison du Diabète et des Maladies Chroniques, Loos.



Depuis la mise en application de la loi HPST, les pharmaciens d'officine sont impliqués dans l'accompagnement de patients atteints de maladie chronique. Ils sont depuis autorisés à accompagner les patients sous traitement par anti-vitamine K (AVK) et les patients asthmatiques, au travers d'entretiens individuels visant notamment à informer davantage les patients sur leur maladie et à améliorer l'observance thérapeutique. Le diabète étant l'une des principales maladies chroniques en France, les patients diabétiques seront probablement concernés à terme par ces entretiens pharmaceutiques.

Dans cette perspective, le projet expérimental Diabétopharma visait à former et accompagner des pharmaciens d'officine dans la réalisation d'entretiens individuels avec des patients diabétiques.

Comment accompagner les pharmaciens dans cette démarche ?

Dans un premier temps, afin de déterminer les attentes et besoins des personnes et professionnels concernés par les entretiens en officine, des focus groups patients, pharmaciens et médecins généralistes ont été réalisés.

Chaque pharmacien participant au projet a ensuite été accompagné par un infirmier et un diététicien de la Maison du Diabète et des Maladies Chroniques, spécialisés en éducation thérapeutique, pour la réalisation d'entretiens individuels d'environ 30 minutes au sein de leurs officines. Cet accompagnement a notamment consisté en une sensibilisation à l'écoute empathique et à la posture éducative.

Pour la réalisation des entretiens individuels, les pharmaciens disposaient d'outils pédagogiques adaptés, créés spécifiquement dans le cadre du projet :

- un « book » pharmacien présentant différents aspects du diabète à maîtriser pour la conduite des entretiens (le diabète, les complications, les traitements, l'activité physique et l'alimentation...)
- des fiches thématiques synthétiques à remettre aux patients en fonction des échanges réalisés au cours de l'entretien
- des outils permettant le recrutement des patients en amont des entretiens...



12 pharmaciens ont ainsi participé au projet permettant à 70 patients diabétiques de bénéficier d'un entretien individuel en officine. Les pharmaciens ont été encouragés à informer les médecins traitants de la démarche et à leur transmettre un compte-rendu de chaque entretien.

Diabétopharma a fait l'objet d'une évaluation au travers de questionnaires de satisfaction et d'échanges menés par un cabinet conseil avec les pharmaciens, les patients et leurs médecins généralistes. Les impacts des entretiens sur les habitudes de vie des patients et le ressenti des pharmaciens et des médecins traitants ont ainsi été évalués.

Les patients et pharmaciens ont été interrogés directement à l'issue des entretiens en officine puis à 3 mois. Les médecins ont été interrogés 3 mois après l'entretien de leur(s) patient(s) en officine.

Quels sont les bénéfices de ces entretiens patients en officine ?

Bien qu'ayant énoncé certaines craintes préalablement à la réalisation des entretiens en officine (comment introduire les échanges ? comment bien répondre aux questions ?...), tous les pharmaciens ont été globalement satisfaits de l'accompagnement proposé. Ils rapportent que le programme leur a permis d'être sensibilisés et initiés à la posture éducative à adopter lors d'entretiens individuels avec les patients et a renforcé leurs connaissances sur le diabète.

Près de 95% des patients interrogés se disent très satisfaits de leur entretien en officine et des informations reçues. Ils expriment un intérêt pour la réalisation d'entretiens individuels avec leur pharmacien. 70% des patients interrogés à 3 mois de l'entretien déclarent observer un impact positif de l'entretien sur leurs habitudes de vie (vigilance alimentaire, augmentation de l'activité physique, prise de conscience relative à la maladie, meilleur suivi du traitement médicamenteux...). Néanmoins, l'observance thérapeutique, mesurée par le test de Girerd, n'a pas été significativement améliorée.

Plus de 80% de la vingtaine de médecins généralistes interrogés apprécient l'initiative qui instaure selon eux un nouveau maillon dans le suivi des patients diabétiques. Ils encouragent le déploiement du projet à plus grande échelle.

En conclusion

Globalement, l'accompagnement proposé dans le cadre du projet convenait parfaitement aux pharmaciens et aux patients qui ont pu en bénéficier (format de l'action en officine, organisation, outils...). L'intérêt est important aussi bien pour les pharmaciens que pour les patients. Ces premiers apprécient la relation nouvelle avec les patients, l'aide à la mise en place des entretiens pharmaceutiques... et les seconds affirment que cette démarche leur a permis de renforcer leurs connaissances relatives au diabète et pour certains de modifier leur comportement hygiéno-diététique.

Ce type de démarche pourrait donc perdurer car sa généralisation est souhaitée par les pharmaciens et les patients et soutenue par une majorité des médecins généralistes.

Le projet Diabétopharma a donc permis de démontrer qu'un accompagnement par des professionnels experts en éducation ainsi que des outils spécifiques apportent aux pharmaciens les moyens d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation d'entretiens individuels avec les patients diabétiques. Un impact sur l'observance thérapeutique nécessitera une action menée dans la durée.

Liens d'intérêt : le projet Diabétopharma est à l'initiative et a été financé par Sanofi Diabète

Vie de l'association

Notre association comptait 461 membres à jour de cotisation en mars 2015.

Elections 2015 :

Conseil d'Administration : Election de Dominique Daubert, diététicienne, Toulouse.



Diab'mouv, aujourd'hui je m'y mets

Sylvie HENRIQUES, Infirmière,
Hôpital Rangueil, CHU Toulouse

La nécessité de créer un outil, en vue d'améliorer l'atelier éducatif traitant de l'activité physique pour les patients DT2, s'est imposée à nous après une réunion à l'hôpital de jour où nous avons convenu d'utiliser la trame élaborée, il y a quelques années, par l'infirmière et le médecin du réseau. Nous savons que l'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge du diabète de type 2. Elle présente une action bénéfique sur l'équilibre du diabète et sur les comorbidités associées. Par contre, la mise en place de l'activité physique et son maintien, en suivant les recommandations, les besoins, les envies et les possibilités (d'ordre pratique, financier, physique) des patients restent problématiques.

L'outil Diab'mouv, support interactif d'une séance de groupe ou en individuel, peut aider à soutenir l'attention des patients pendant la séance d'éducation, leur donner du temps de parole pour s'approprier les connaissances et les bénéfices liés à l'activité physique. Il peut aussi les laisser réfléchir, de façon ludique, à une question qui pour beaucoup d'entre eux reste une contrainte. Le principal objectif de ce jeu éducatif interactif est de sensibiliser les patients DT2 à l'action bénéfique de l'activité physique et de les informer sur les modalités de bonne pratique. Il s'agit de faire acquérir des connaissances, des savoir-être et des savoir-faire aux patients pour qu'ils soient acteurs de leur prise en charge. Or, la sédentarité et le peu d'attrait pour l'activité physique de nombreux patients DT2 représentent un réel problème dans la prise en charge du diabète de type 2. Les objectifs de l'atelier éducatif consistent aussi à améliorer les comportements en santé, prendre conscience de l'intérêt de lutter contre la sédentarité, et in fine mettre en place un programme d'activité physique personnalisé. Les objectifs de la séance sont d'inciter les patients à bouger le plus possible et de les aider à garder leur motivation.

Méthode :

Avant l'atelier, les patients ont reçu un support éducatif évaluant leur degré d'activité physique, le temps consacré à ce type d'activité et aux autres loisirs, et, les impliquant dans un projet d'activité physique personnalisé. Au terme de l'atelier, chaque patient a complété un document d'évaluation de son degré de satisfaction pour l'outil et la séance éducative. On a procédé à un entretien individuel avec les patients à la fin de l'atelier, afin de finaliser le projet d'activité physique personnalisé. Un suivi des patients a été réalisé à distance par téléphone après obtention de leur accord. L'enquête, réalisée sur une file active de 60 patients testés sur ce jeu, a évalué l'impact de cette séance éducative, quatre à six mois après.

Le jeu :

Le Diab'mouv se compose d'un plateau de jeu pliable en bois de 50 x 60 cm et de cartes de couleurs différentes reprenant les messages clés des cinq séquences, ainsi que des photos en couleur pour illustrer les précautions à prendre et les différentes activités envisageables. La séance est composée de cinq petites séquences qui durent de cinq à dix minutes, selon les objectifs recherchés par l'animateur. La première séquence définit l'activité physique par opposition au sport. La deuxième est relative aux bénéfices de l'activité physique. La troisième traite des modalités de bonne pratique. La quatrième reprend les précautions à prendre et la cinquième finalise un projet d'activité physique personnalisé.

Deux séquences requièrent davantage de temps, l'énumération par les patients, des modalités de bonne pratique d'une activité physique, le choix d'une activité « plaisir » et la restitution en groupe des activités plébiscitées par les patients.

A l'issue de l'atelier, un document de réflexion personnalisé sur le projet d'activité physique est rempli par chaque patient. Il comporte des micro-objectifs concrets et réalisables par le patient.

L'atelier dure approximativement 30 à 40 minutes

Ce jeu a été testé chez des patients venus en hôpital de jour

*Bourse Lilly
SFD paramédical
2014*

Résultats :

Parmi les 60 patients interrogés, on dénombre 10 patients porteurs de pompe à insuline, et 2 patients recrutés en semaine d'éducation pour mise en place de pompe à insuline ; 3 patients ont été recrutés en hospitalisation traditionnelle pour ITTI (insulinothérapie transitoire intensive).

On compte 40 hommes pour 20 femmes. L'âge moyen des hommes interrogés est de 56,8 ans (le plus jeune a 38 ans, le plus âgé 78 ans). L'âge moyen des femmes incluses dans l'étude est de 59,8 ans (la plus jeune est âgée de 43 ans, la plus âgée 86 ans). L'ancienneté moyenne du diabète est de 12 ans et demi. Pour conclure les séances, nous avons demandé aux patients ce qu'ils pensaient de cet atelier éducatif sous forme de jeu et nous leur avons proposé une mini-évaluation de l'outil éducatif pour connaître leur degré de satisfaction et le taux de faisabilité de leur projet relatif à l'activité physique.

Le questionnaire employé est le suivant :

- 1- Etes-vous satisfait de cette séance sur l'activité physique ?
- 2- Que pensez-vous pouvoir mettre en application de retour à domicile ?
- 3- En quoi cette séance va changer votre pratique de l'activité physique ?

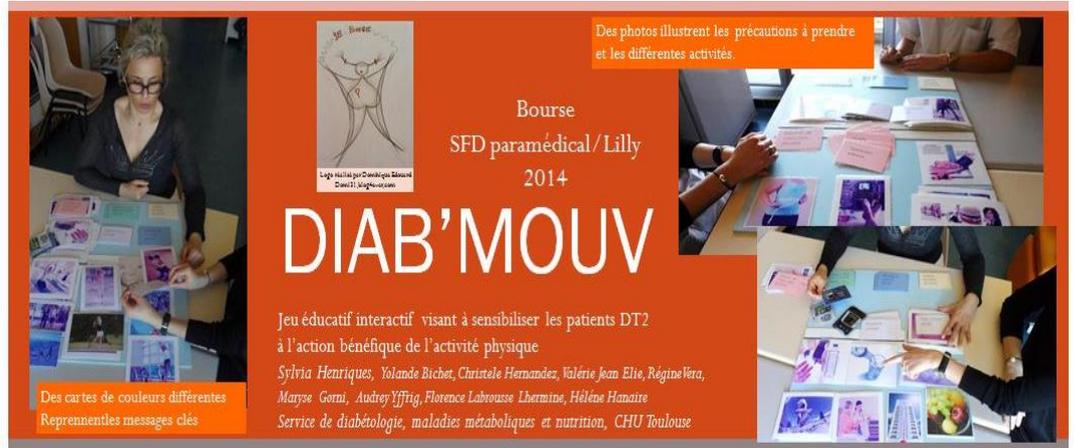
La totalité des patients ayant participé à l'enquête ont été satisfaits de la séance éducative. Ils ont attribué une note entre 7 et 10 à la séance une échelle d'évaluation numérique de 1 à 10.. Les patients plébiscitent majoritairement l'activité physique (36/60). C'est la marche qui est la plus souvent citée (23/60) et parmi les autres activités énumérées par les patients, on trouve par ordre décroissant : le vélo (10), la natation (7), le jardinage (2), le bricolage (1), l'aquagym (1), la course à pied (1) et la musculation (1).

Après cette sensibilisation à l'activité physique, deux patients affirment qu'ils bougeront davantage, un autre s'engage à marcher régulièrement, et un dernier envisage de varier les activités physiques. Deux patients projettent de faire de l'activité physique à un moment plus favorable: la retraite (prochaine) pour l'un, la complète cicatrisation de sa jambe pour l'autre. Les autres réponses analysées concernent par ordre d'importance : la poursuite de l'activité physique (10/60), voire son intensification (2/60); l'intensification des surveillances glycémiques (4/60) ainsi que la prise de conscience de l'importance et de l'utilité des contrôles de la glycémie pour des patients sous traitement hypoglycémiant; l'équilibre alimentaire (3/60), la motivation nécessaire pour mettre en place une activité physique (2/60) favorisée par les beaux jours; les principales notions abordées au cours de l'atelier (1/60) ; l'aspect technique (application d'un débit de base temporaire pour un patient porteur de pompe à insuline (1/60). On note que deux patients n'ont pas répondu en raison de leur mauvaise compréhension du français malgré nos reformulations.

On remarque une plus grande diversité de réponses à la dernière question. Les questionnaires nous renseignent sur les connaissances acquises par les patients à la fin de l'atelier selon les items suivants :

- la prise de conscience des bénéfices de l'activité physique et de l'importance de la lutte contre la sédentarité (23 patients), (*équilibrer le diabète, diminuer la glycémie, améliorer la qualité du sommeil, inciter à la diminution ou à l'arrêt du tabac, prendre soin de son cœur et améliorer son endurance, développer la souplesse, se muscler, baisser le taux de cholestérol, ..*)
- la régularité et l'importance du temps consacré à l'activité physique (13 patients) ;
- la motivation nécessaire pour une pratique régulière de l'activité physique (7 patients) ;
- les modalités de bonne pratique (7/60), (faire suivre son lecteur de glycémie, s'hydrater, porter des chaussures adaptées, avoir du resucrage sur soi, fréquence et durée requise pour une séance d'activité physique, l'utilisation du débit de base temporaire ;
- le besoin d'un aménagement de l'emploi du temps (4/60).

Cinq patients déclarent ne pas trouver de changement par rapport à leur pratique régulière de l'activité physique. Cet atelier les a confortés dans leurs habitudes.



Evaluation à distance de l'atelier :

Parmi les 60 patients interrogés, 44 ont répondu (par téléphone) 4 à 6 mois après, soit 73,3 %.

- ✓ 14 patients, soit 31,8 %, déclarent faire davantage d'activité physique par rapport à leur venue en hôpital de jour. Les facteurs ayant influencé positivement les patients sont les suivants : une consultation avec un médecin diabétologue ; un stage au centre de rééducation de Bondigoux ; une prise de conscience le patient ne se sentant pas bien après une importante prise de poids ; un aménagement de l'emploi du temps. L'Hba1c a diminué de 0,47 % dans ce groupe.
- ✓ 15 patients, soit 34 %, disent consacrer autant de temps à l'activité physique. Néanmoins, ces chiffres ne doivent pas sous-estimer les efforts consentis par des patients âgés, plus vite fatigables, et sujets à des douleurs. On note une volonté de poursuivre l'activité physique parfois confortée par un stage en convalescence. On note une diminution de l'Hba1c de 0,83 % dans ce deuxième groupe.
- ✓ 15 patients, soit 34 %, affirment faire moins d'activité physique ou n'ont pas pu mettre en œuvre les micro-objectifs posés lors de leur venue en hôpital de jour. Les causes invoquées par les patients sont des problèmes de santé, une dépression pour une dame âgée ; un accident domestique; des problèmes familiaux, un manque de motivation ; le manque de temps (travail énergivore, préparation d'examens). L'Hba1c est restée stable dans ce dernier groupe.
- ✓ En ce qui concerne l'évolution de l'équilibre glycémique, l'Hba1c a diminué de 0,59 %, (7,56 % à t0 contre 6,97 % à t1) pour l'ensemble de la population. Mais on ne peut pas voir uniquement l'effet de l'activité physique sur cette amélioration car des modifications thérapeutiques ont été proposées aux patients au cours de leur venue en hôpital de jour.
- ✓ Pour ce qui a trait à l'évolution du poids, on remarque une perte d'un kilo en moyenne : 91,6 kg à t0 contre 90,6 à t1. Le BMI est resté stable : t0 31,26 contre 31,37 à t1. On observe une perte de poids essentiellement chez les hommes (94,7 kg à t0 contre 92,4 kg à t1). En revanche, les femmes ont pris un peu de poids (85,8 kg à t0 contre 87,4 kg à t1).

Conclusion :

On note que le suivi à moyen et long terme est important pour ancrer ce comportement en santé -l'activité physique- dans les habitudes de vie des patients, valoriser leurs efforts et maintenir ou adapter leurs (micro objectifs. Cependant, il reste difficile d'associer les résultats obtenus à une seule modification des habitudes de vie car il y a souvent une adaptation de traitement concomitante. Une éventuelle source de motivation serait d'inscrire l'activité physique dans les carnets de glycémie, en ajoutant une case journalière à cocher, pour permettre aux patients de faire le lien entre l'activité physique et l'amélioration des glycémies et d'utiliser des outils de mesure tels que des podomètres renseigner sur les efforts fournis et entretenir la motivation.

Société francophone diabète Paramédical

· PRIX ·

Initiativ'Diabète

SFD Paramédical

PÉRIODE DE SOUMISSION :

Le Prix est ouvert du 15 Juin au 30 Septembre 2015

ABSTRACT À ENVOYER À :
prixfdparamedical@sfdiabete.org



Un livret de recettes créé pour des patients suivis par le Centre Spécialisé de l'Obésité Poitou-Charentes

Maud Giraud, assistante sociale - Lélia Eprinhard, diététicienne,
CHU de Poitiers

Le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) suit des patients obèses ayant un IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$ ou $\geq 35\text{kg/m}^2$ avec une ou plusieurs comorbidités.

La prise en charge pluridisciplinaire est réalisée par un médecin nutritionniste (le Dr Piguel qui dirige le CSO), une psychiatre, un chirurgien, une éducatrice médico-sportive, un(e) diététicien(ne) et une assistante sociale.

La genèse du projet

Lors de nos consultations respectives nous avons entendu nos patients dire : « je ne mange pas de poisson car c'est difficile à cuisiner », « je ne sais pas toujours quoi faire à manger » ou « je veux bien manger des légumes mais ça coûte cher »...

Nous avons constaté que de nombreux patients suivis par le CSO sont en situation de précarité, et que le poste budgétaire le plus facilement compressible est celui de l'alimentation. Et si certains de nos patients peuvent bénéficier d'aide alimentaire (épicerie sociale, colis alimentaires ou tickets services) tous n'y ont pas accès.

Par ailleurs beaucoup de nos patients disent ne pas savoir cuisiner, souvent parce qu'ils s'imaginent que cuisiner équilibré est compliqué et nécessite un grand nombre de produits.

Nous avons donc voulu leur proposer un outil ludique et accessible à tous. D'où l'idée de créer un livret de recettes simples à réaliser et au coût réduit.

La conception du livret

Nous voulions répertorier des recettes simples, pas trop chères et qui aient déjà été réalisées. Nous en avons parlé autour de nous, nos collègues se sont pris au jeu et nous ont donné leurs recettes préférées, d'où le nom du livret.

Une des recettes a été fournie par une patiente (le clafoutis du jardinier) et d'autres patients nous ont fourni des pistes : par exemple les marinades ou une tarte aux fruits avec de la pâte à pizza.

Toutes ces recettes ont été testées, leurs apports nutritionnels et coûts de revient calculés.

Puis nous avons trié les recettes en fonction de plusieurs critères :

- ✓ L'utilisation de produits de consommation courante ;
- ✓ Une réalisation simple et rapide ;
- ✓ Des recettes pas trop riches en gras, sucre et calories sans utilisation de produits allégés ;
- ✓ Des coûts pas trop élevés (coût $< 2\text{€}$ par personne pour la plupart et coût $< 1\text{€}$ par personne pour 2/3 des recettes).



L'édition et la présentation du livret

Dans le cadre des « projets sur mesure Lilly » dont nous avons pu bénéficier, le livret a été confié à une agence de communication qui l'a mis en forme. Le choix s'est porté sur un livre chevalet, on l'ouvre, on le pose et on cuisine, l'outil idéal.

Une préface

Sur l'origine du projet et la volonté de l'équipe du CSO d'accompagner les patients.

On y indique le code couleur utilisé pour les recettes :

- ✓ en jaune : les suggestions,
- ✓ en bleu : l'apport nutritionnel,
- ✓ en rouge : le coût.

Qui, quoi, comment ?

De nombreuses personnes sont confrontées à ces difficultés et à d'autres quand il s'agit de se nourrir.

C'est pour cela que l'équipe du CSO a eu l'idée de ce livret de recettes :

- pour montrer que l'on peut manger des plats équilibrés, savoureux, à un coût modéré
- pour donner des idées de recettes : elles sont d'ailleurs pour la plupart adaptables c'est-à-dire qu'à la recette de base sont ajoutées des suggestions (variantes) pour modifier certains ingrédients en fonction du contenu des placards, des moyens financiers et des goûts de chacun.

Chaque recette comporte :

- une indication sur l'apport nutritionnel du plat (kcal, **P** = protéines, **L** = lipides, **G** = glucides) : ils ne sont pas tous faibles en calories et/ou en graisses mais connaître la composition de la préparation permet de l'intégrer dans un repas : par exemple, un plat plus riche sera compensé avec un laitage demi-crémé et 1 fruit en dessert
- une indication sur le coût de la recette : les calculs ont été réalisés à un moment donné de l'année et les prix trouvés ne sont pas forcément de saison pour toutes les recettes
- l'apport nutritionnel et le coût sont indiqués par personne ou par portion, sur le côté de la page pour un repérage facile.

Ce livret contient également :

- un calendrier des fruits, légumes, fromages, poissons et viandes selon les saisons, les produits sont meilleurs et souvent moins chers
- des idées d'assaisonnement pour améliorer des plats simples
- un questionnaire pour que vous nous donniez votre avis.

Toutes ces recettes ont été réalisées au moins une fois : soit nous les avons testées, soit elles nous ont été fournies par des collègues et des patients et ce sont des recettes qu'ils aiment. Nous remercions d'ailleurs toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de ce livret.

En espérant avoir atteint notre objectif... amusez-vous et régalez-vous !

L'équipe du CSO Poitou-Charentes



Des repères

2 pages sur les produits de saison, les fruits, légumes, poissons et fruits de mer, viandes et fromages sont listés selon les saisons. L'intérêt étant d'expliquer aux patients que les produits de saison coûtent généralement moins chers.

C'est de saison ! Printemps. Été.

PRINTEMPS

Légumes

Artichaut, asperge, aubergine, betterave, carotte, céleri, chou-fleur, chou rouge, courgette, cresson, épinard, fève, lentille, navet, oignon, oseille, petit pois, poireau, pois gourmand, poivron, radis, salade, tréfle, laitue, tomate

Fruits

Abricot, amande fraîche, banane, cassis, cerise, fraise, fraise des bois, framboise, melon, mirre, pomme, prune, rhubarbe

Poissons et fruits de mer

brochet, chinchard, saint-jacques, dorade grise, églefin, hareng, homard, langoustine, lieu jaune, lieu noir, maquereau, merlan, saint-pierre, sardine, thon blanc, tourteau

Viandes

agneau, agneau de lait, canard, lapin, mouton, porc, poulet, veau

Fromages

bleu d'auvergne, bleu des causses, brie, broccio, cabecou, camembert, cancoillotte, coulommiers, emmental, époisses, feta, fourme d'ambert, gorgonzola, livarot, maroilles, mascarpone, mimolette, munster, neufchâtel, parmesan, pont-l'évêque, poissy, saint-pierre, reblochon, ricotta, saint-nectaire, tomme de Savoie

ÉTÉ

Légumes

Ail, artichaut, aubergine, betarvia, betterave, blette, brocoli, carotte, chou de bruxelles, chou-fleur, chou rouge, concombre, cornichon, courge, courgette, cresson, épinard, fenouil, fève, haricots verts, laitue, lentille, maïs, mesclun, navet, oignon, oseille, patissons, poireau, poivron, radis, salade, salisif, tomate

Fruits

Abricot, amande fraîche, banane, brugnion, cassis, cerise, figue, fraise, fraise des bois, framboise, groseille, melon, mirabelle, mirre, myrtille, nectarine, pastèque, pêche, poire, pomme, prune, quetsche, raisin, reine-claude

Poissons et fruits de mer

Anchois, calmar, colin, coque, dorade grise, églefin, grondin rouge, hareng, homard, langoustine, lieu jaune, lieu noir, maquereau, merlan, moule, rouget, saint-pierre, sardine, tacciaud, thon blanc ou germon, tourteau

Viandes

agneau, canard, lapin, pigeon, pintade, poule, poulet, veau

Fromages

Abondance, beaufort, bleu d'auvergne, bleu de bresse, bleu des causses, brie, brillat-savarin, broccio, carêmebert, cancoillotte, cantal, cheichou, comté, crottin de chevignol, emmental, époisses, feta, fourme d'ambert, gorgonzola, guyère, langres, livarot, maroilles, mascarpone, mimolette, morbar, mozzarella, munster, neufchâtel, ossau-iraty, parmesan, pont-l'évêque, poissy, saint-pierre, reblochon, ricotta, rocamadour, roquefort, saint-éloi, saint-nectaire, sainte-maure, sales, selles sur cher, tomme savois, vacherin, valayog

Les produits de saison coûtent en général moins cher. Pensez à vos placards et conservez les produits de saison au cas où il y a une offre : ils sont pratiques et de bonne qualité nutritive.

Table des matières

QUI, QUOI, COMMENT ?	3	Mousse à la mangue et au gingembre	18
C'EST DE SAISON ! PRINTEMPS, ÉTÉ	4	Crème aux Carabars®	19
C'EST DE SAISON ! AUTOMNE, HIVER	5	e Lait d'amande » façon pain de sucre	19
ENTRÉES	6	Gâteau aux pommes et à l'amande amère	20
Tarte poire-roquefort	6	Sorbet à l'abricot	20
Pâtisserie (salade au pain)	7	Pizza aux fruits et fromage	21
Velouté de courgettes	7	Pizza aux fruits et sucre	21
Le clafoutis du jardinier	7	Gâteau Grand-Mère	22
Salade de courgettes et crabe	8	SNACK, APÉRITIF, PIQUE-NIQUE	23
Soupe aux feuilles de radis	8	Rillettes de thon	23
Salade de betteraves et chèvre	9	Foie gras au chèvre	23
Taboulé	9	Houmous (+ pain pita)	24
PLATS	10	Velouté glacé au concombre	24
Rouissis de dinde au bacon	10	Cheese nuan et raif de concombre	25
Omelette au four	10	Tarte ratatouille et bacon	26
Quiche sans pâte	11	Wrap au bœuf et guacamole	26
Ragoût fourré-tout	11	Petits sandwichs au kiwi	27
Sauté de volaille aux champignons	12	Calettes de riz au fromage blanc et aux fruits	27
Risotto	12	Scopes au miel	28
Lapin landouisi	13	Macarons à l'amande	28
Tajine de sardines	13	SAUCES	29
Patathoun	14	Salade de tomates express	29
Tian de légumes	14	Quelques vinaigrettes pour changer (4 personnes)	29
Poisson mariné en papillote	15	...ou une marinade	29
Chili rapide	15	QUE FAIRE AVEC	30
Rougaille de poisson	16	POUR VOUS AIDER	31
Légumes grillés au four	16	Un bon rapport qualité nutritionnelle / prix	31
DESSERTS	17	Besoin de menus ?	31
Granité de café	17	ET APRÈS ?	33
Mousse au chocolat au poivre	17	MES RECETTES PERSONNELLES	35
Yogurt et dattes au café et à la cardamome	18		

Les recettes

Classées en 5 catégories :

- ✓ entrées (8)
- ✓ plats (14)
- ✓ desserts (11)
- ✓ snack, apéritif, pique-nique (11)
- ✓ sauces = 1 recette et quelques idées de vinaigrette et de marinades

Une maquette claire et lisible

Avec pour toutes les recettes :

- ✓ les ingrédients ;
- ✓ la marche à suivre ;
- ✓ les temps de préparation et cuisson ;
- ✓ l'apport nutritionnel ;
- ✓ le coût ;
- ✓ des propositions de variations.

L'objectif est que les patients puissent s'approprier ces recettes.

Tarte poire-roquefort

Ingrédients (6 personnes)

- 1 pâte brisée
- 2 poires (faïches ou en conserve)
- 150 g de roquefort ou de bleu ou de fourme d'Ambert

Préchauffer le four Th 210°C
Dérouler la pâte brisée
Éplucher puis couper les poires en tranches fines et les répartir sur la pâte
Couper le fromage en dés et le parsemer sur la tarte puis mettre au four 30 à 40 min

Suggestions

- Transformer en plat principal avec l'ajout de dés de jambon, saumon, thon en conserve ou frais... ou en tartelettes individuelles à l'apéritif
- Cette recette est plutôt calorique, éviter de manger du fromage au cours de ce repas
- Saupoudrer de copeaux de noix (20 g)

Panzanella (salade au pain)

Ingrédients (4 personnes)

- 160 g de pain de campagne (ou autre) rassis
- 4 petites tomates
- 1 oignon rouge
- 1 concombre moyen
- vinaigrette : 2 c. à soupe d'huile au choix + sel, poivre, 1 c. à soupe de vinaigre +/- quelques feuilles de basilic

Couper le pain rassis en dés et le faire griller au four 5 min
Éplucher le concombre et le couper en dés ; laver et couper les tomates en dés ; éplucher et émincer l'oignon
Mélanger tous les ingrédients et laisser reposer 1 h.
Préparer la vinaigrette et l'ajouter juste avant de servir

Suggestions

- Transformer en plat avec l'ajout de thon, œufs, dés de jambon blanc ou de campagne ou de blanc de volaille...

Un autre exemple: Les sauces

Plusieurs recettes et adaptations, dont une sauce qui peut être servie en accompagnement d'un poisson ou d'une viande blanche, mais elle peut également être tartinée sur du pain en entrée ou à l'apéritif

Salsa de tomates express

Préparation : 10 min
Cuisson : 2-3 min

Nutrition : 31 Kcal
P: 1 g
L: 2 g
G: 3 g
par personne

Coût : 0,37 €
par personne

Ingredients (4 personnes)

- 1 boîte de 400 g de chair de tomates
- 1 à 2 gousses d'ail
- filet d'huile d'olive
- filet de vinaigre ou vinaigre balsamique (facultatif)
- sel, poivre
- Tabasco® ou piment d'Espelette ou piment oiseau (facultatif)
- coriandre hachée

Mettre les gousses d'ail non épluchées dans un récipient allant au four à micro-ondes, verser un filet d'huile d'olive, couvrir avec du film transparent et cuire 2-3 min. Éplucher et émincer l'ail. Verser la chair de tomates dans un bol, ajouter l'ail émincé, un filet d'huile d'olive, un filet de vinaigre et le piment ou le Tabasco® ; sel, poivre et bien mélanger. Servir en accompagnement d'un poisson ou d'une viande blanche.

Suggestions

- hachées les tomates par une boîte de ratatouille mûre
- Peut aussi se consommer frais à l'apéritif avec du pain grillé ou des tortillas

Quelques vinaigrettes pour changer (4 personnes) ...

Coco 3 c. à soupe de lait de coco + 2 c. à soupe d'huile au choix + 1 pointe de wasabi ou de raifort = avec une salade de concombre

Vanille 1 gousses de vanille + 1 citron (jus) + 3 c. à soupe d'huile au choix + sel et poivre = avec un poisson froid

Miel faire bouillir 4 c. à soupe de miel avec 1 gousses d'ail écrasé + poivre + 3 c. à soupe de vinaigre ; réduire de moitié puis laisser refroidir et ajouter 3 c. à soupe d'huile = avec du jambon à la grille

Tapenade 1 c. à soupe tapenade + 2 c. à soupe jus citron + 1 c. à soupe vinaigre de vin + 3 c. à soupe huile olive + poivre = avec une salade de tomates

...ou une marinade

Menthe 4 yaourts nature sans sucre + 6 gousses d'ail hachées + 1 bouquet de menthe + le zeste d'1/2 citron + 5 cardamomes = avec de l'agneau

Tandoori 1 yaourt velouté + 4 c. à café de poudre de tandoori + 2 c. à soupe d'huile au choix + 1 jus de citron = avec du poulet, du poisson, des crevettes ou des aubergines

Miel 2 c. à soupe de miel liquide + 2 c. à soupe de moutarde + 2 c. à soupe de vinaigre balsamique + 1 c. à soupe d'huile d'olive + 1 gousses d'ail hachée + sel et poivre = avec du porc

Soja 2 c. à soupe de sauce soja + 3 c. à soupe d'huile d'olive + 1 jus de citron + 1 gousses d'ail hachée + basilic haché + persil haché +/- Tabasco® + sel et poivre = avec du bœuf

Des idées

Afin d'utiliser différentes herbes, épices et aromates afin de relever le goût des plats.

Par exemple le romarin est parfait pour des côtes de porc ou des poivrons grillés mais il relève très bien une tarte aux abricots.

Ou la menthe qu'on peut consommer dans un thé mais aussi avec une salade de fraises ou de haricots verts.

Des associations classiques mais également des mélanges plus inhabituels

Que faire avec...

le thym... sur des grillades mais aussi parsemé sur une salade de fruits rouges ou pour aromatiser un thé qui deviendra glacé après un passage au réfrigérateur

la menthe... dans un thé et avec une salade de haricots verts ou une salade de fraises

la coriandre... (feuilles), sur du poisson grillé ou dans une salade de pâtes ou dans un potage, une purée ou en graines avec des lentilles

la sauge... avec des pommes de terre ou un potage, une marinade ou de la confiture

le persil plat... en marinade ou en gelée, avec une salade ou des salafis, haricots verts

le poivre... avec une salade de fruits ou une mousse au chocolat

la muscade... avec une purée de pommes de terre ou une salade d'oranges

le gingembre... aromatiser un thé ou parfumer les pâtisseries

la vanille... dans une crème anglaise ou avec une volaille

le bouillon cube... relève un potage, un pot-au-feu ou un plat mijoté et aromatiser une omelette, une sauce ou un café salé

l'ail... revenu avec un peu d'huile en sauce sur des pâtes ou frotté sur du pain grillé avec des tomates

les restes de viandes (porc, bœuf, agneau, veau, volaille...) ou poissons... en salade, hachés, lasagnes, gratin, quiche, pour farcir des légumes

les restes de fromage... en tarte ou quiche, dans un risotto ou une salade, fondus sur de la viande

les restes de légumes... en tarte, hachés ou gratin, en sauce

le basilic... avec des tomates et pour relever un ananas, des pâtes ou une vinaigrette

la ciboulette... pour assaisonner une salade verte (genévrier aux fleurs) et aussi sur des pommes de terre, dans une omelette ou un fromage blanc

le romarin... avec une côte de porc grillée ou un ragout ou des poivrons grillés ou une tarte aux abricots ou infusé dans une crème sucrée

l'estragon... avec des lasagnes, des crudités ou de la volaille

le cerfeuil... dans une omelette, une salade, un potage ou des pâtes

le cumin... pour un tajine mais aussi avec des carottes ou une salade de poivrons grillés

la cardamome... pour parfumer un café (marc), avec du riz, une compote ou des confitures

la cannelle... en dessert mais aussi dans un ragout ou dans une sauce tomate

le paprika... en ragout mais aussi avec du poisson ou un fromage frais

l'oignon... (jougé ou frais), utilisé comme légume en tarte ou cru avec une salade de carottes ou une salade d'oranges

l'échalote... dans une sauce ou une vinaigrette ou en marinade avec du poisson ou cuite en papillote avec de la viande ou en tarte

les restes de pain... du pain perlé, en chapelure, en farce ou en brechettes avec ail et tomates

les fruits abimés... en compote ou en crumble

les restes de pâtes ou riz... en gratin ou salade, riz cantonnais ou boulettes ou en farce

Mais aussi, des conseils pratiques

- ✓ Pour bien choisir ses aliments en fonction du rapport qualité/prix.
- ✓ L'adresse internet du site « la fabrique aux menus » pour aider nos patients à varier leurs repas.
<http://www.mangerbouger.fr/la-fabrique-a-menus.html> (PNNS)

Un espace personnel complète le livret pour que les patients puissent noter leurs propres recettes.

Les patients, le livret et nous

Nous espérons que ce livret aidera nos patients :

- ✓ à cuisiner équilibré sans y passer trop de temps ni trop d'argent ;
- ✓ mais aussi à retrouver des repères nutritionnels ;
- ✓ et à poursuivre les conseils donnés lors des consultations grâce à un outil simple d'utilisation.

Nous souhaiterions qu'il les aide à dédramatiser leur relation à la nourriture : en effet de nombreux patients disent être en guerre avec l'alimentation, et qu'il puisse servir de base de discussion lors des consultations ultérieures

Enfin nous pourrions, grâce aux recettes que les patients continueront à partager avec nous, envisager et enrichir une éventuelle prochaine version.

Ndlr : Ces livrets ne sont pas pour le moment diffusés en dehors du CHU de Poitiers. Les auteures vont réfléchir avec le laboratoire Lilly pour une possible autre diffusion pour l'avenir.

**Prix du Meilleur Poster
SFD paramédical
2015**



C. Helary, Infirmière Spécialiste Clinique en diabétologie
M.C.Bikoi-Regal, Infirmière, Cheffe de projet

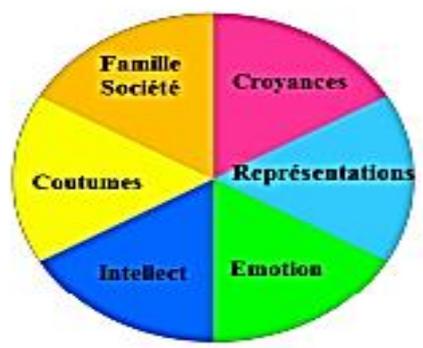
Choc des cultures entre 2 infirmières au sujet de la création d'un programme d'éducation thérapeutique diabète 2 au Cameroun

Objectif: Recherche de stratégies pour mener une campagne de sensibilisation du diabète au Cameroun



**Collaboration Infirmière
Pratique Avancée**

- Confrontation de nos perceptions, de nos pratiques



Résultats de la collaboration sur le projet, à Genève

- Compréhension, délimitation et évaluation
- Identification des personnes ressources à Yaoundé
- Recherche avis experts
- Recherche outils pertinents :
 - Slogans, affiche symptômes diabète 2
 - Questionnaires facteurs favorisants
 - Guide d'entretien (exploration besoins)
- Recherche lecteurs glycémie et bandelettes adaptées
- Campagne de dépistage

Résultats campagne de dépistage à Yaoundé, en novembre 2014

- n: 720 personnes > 20 ans
- glycémie à jeun > 5,6 mmol/l: 30,1%
- 217 entretiens de sensibilisation aux recommandations (OMS 2014)

Perspectives

- Autorisation ministère santé publique du Cameroun
- Présentation commission humanitaire HUG
- Analyse des besoins
- Formation personnes ressources et agents de santé
- Elargissement campagne sensibilisation District de la Cité Verte, département et nation
- Appui logistique et financier du gouvernement

Conclusion

Le choc de nos cultures nous a confrontées à une réalité sous estimée, à un changement d'orientation où l'acceptation des croyances et des représentations est indispensable. La sensibilisation du personnel de première ligne sur cette approche, serait l'atout majeur de ce projet.

Invitation congrès par Roche et Homeperf / Pas de conflit d'intérêt

Vie de l'association

Notre association a 30 ans cette année. Le congrès de Bordeaux a été l'occasion de remercier tous les bénévoles qui ont participé à son développement mais aussi de découvrir des nouveautés, notamment un site internet nouvelle formule et d'inaugurer un nouvel espace dédié et lisible au sein du congrès, baptisé Village SFD.



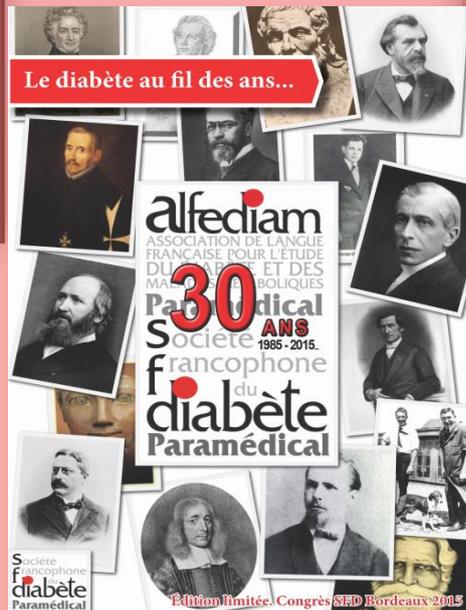
alfediam
ASSOCIATION DE LANGUE
FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE
DU DIABÈTE ET DES
MALADIES MÉTABOLIQUES
30 1985-2015...
ANS
Société
francophone
du
diabète
Paramédical



A l'occasion de son 30^{ème} anniversaire, la Société Francophone du Diabète Paramédical, a invité les congressistes à la découverte de l'histoire du diabète au fil du temps...



Entre découvertes scientifiques, avancées technologiques et évolutions, cette rétrospective nous a accompagné pour un voyage en remontant le temps autour de la prise en charge globale du diabète



Un grand merci à Didier Daubit, infirmier, initiateur de cette bonne idée et à sa mise en œuvre ainsi qu'à tous les membres qui ont participé à la collecte d'objets et d'informations.



Partenariat AFDN

La SFD Paramédical était présente lors du congrès de l'AFDN qui s'est déroulé du 11 au 13 juin 2015 à Tours au Centre des Congrès Vinci.



Notre stand a été un lieu de rencontres et d'échanges où les diététiciens nutritionnistes ont pu se procurer le Référentiel de bonnes pratiques Nutrition & Diététique Diabète de type 2 de l'adulte. Edité l'année dernière, il a été encore cette année très plébiscité. Il est maintenant téléchargeable sur notre site internet et cela a été l'occasion de manipuler la tablette et de présenter également notre site réactualisé.

Mais la rencontre a permis également de faire connaître notre association et ses atouts !

Le programme de ces journées était très varié traitant de la diététique de l'enfant (diversification alimentaire, trouble de l'oralité chez l'enfant, obésité de l'adolescent) à la personne âgée (personne âgée fragile). Le thème du diabète y était présent avec la présentation d'EDUC@DOM Protocole d'évaluation d'un suivi à domicile télé-surveillé pour patient diabétique type 2. Une demie journée était consacrée à l'éthique, sujet important et qui soulève de nombreuses réflexions dans nos professions paramédicales.

Une plénière était également dédiée aux Programmes hospitaliers de recherche infirmiers et paramédicaux (PHRIP) ainsi que les protocoles de coopération médecin-diététicien. La profession évolue avec à ce jour 3 projets paramédicaux financés.

Mais malgré les accords de Bologne de 1999 concernant la réingénierie des études pour l'ensemble des professions paramédicales, la formation initiale des diététiciens nutritionnistes quant à elle n'a pas évolué.

Un livre blanc concernant la profession est en court de rédaction et l'AFDN a donc décidé de lancer une pétition afin d'avoir plus de poids lors des prochaines rencontres auprès des instances.

En effet, la nutrition est un déterminant de santé qui fait de l'alimentation un enjeu majeur de la santé pour la population française. C'est pourquoi il est primordial que le blocage de la réingénierie des études soit au-

jourd'hui levé afin d'adapter les compétences des diététiciens aux besoins actuels de la population. En parallèle, et afin de favoriser l'accessibilité des français aux conseils et à la prise en charge diététique, il est indispensable de créer un acte diététique et ainsi une reconnaissance des soins diététiques. En l'absence de prise de décision, les conséquences sur la santé vont continuer à se développer avec des conséquences médico-économiques majeures et les inégalités sociales de santé vont continuer à se creuser en totale incohérence avec les valeurs et les principes de notre système de santé. (site de l'AFDN : www.afdn.org).



Le nouveau site : www.sfdiabete.org est ouvert
et nous essaierons de communiquer le plus possible par voie électronique.

**N'oubliez pas de mettre à jour votre compte personnalisé, adresse mail et postale,
pour profiter des fonctionnalités de l'espace paramédical et
recevoir régulièrement nos informations et courriers.**



Cher(e) Membre de la SFD Paramédical,

Le nouveau site internet de la **SFD Paramédical** est en ligne depuis fin Mars !

A nouveau site internet, nouvelles procédures. Pour accéder aux contenus réservés aux membres à jour de la Société Francophone du Diabète Paramédical, il faut **impérativement créer votre compte personnel pour obtenir un identifiant et un mot de passe**. Veuillez cliquer sur le lien ci-dessous pour créer votre compte ou recopiez le dans votre navigateur internet :

[création de compte uniquement](#)

<http://www.sfdiabete.org/formulaire-membre-sfd-paramedical>

Vous n'avez pas encore réglé votre cotisation 2015 à la SFD Paramédical et vous souhaitez payer par **carte bancaire** (paiement sécurisé) directement sur le site de la SFD, créez votre compte puis accédez au paiement en ligne .

De plus, en tant que membre de la SFD Paramédical, vous êtes abonné à la revue *Médecine des Maladies Métaboliques* (MmM), et nous reviendrons prochainement vers vous pour vous indiquer comment y accéder.

Enfin, à terme, nous essaierons de communiquer le plus possible par voie électronique et nous restons à votre disposition pour vous guider si besoin, durant cette « transition » .

Nous espérons que la nouvelle présentation du site réponde à vos attentes et vous souhaitons de bonnes lectures.

La Présidente de la SFD Paramédical
Jocelyne BERTOGLIO

Journée d'Automne SFD Paramédical

20 Novembre 2015

Diabète et Obésité
Une prise en charge sur mesure



Président d'Honneur : André Scheen

09h00 – Epidémiologie en France et dans le monde

Claire CARETTE, Paris

09h30 – Les mécanismes de l'insulinorésistance

Nicolas PAQUOT, Liège, Belgique

10h00 – Remise de Prix

Prix Initiativ'Diabète SFD paramédical 2015

Allocation recherche Lifescan – SFD Paramédical 2015



10h30 – Pause

11h00 – L'influence des traitements diabétiques sur le poids

Yves REZNIK, Caen

11h30 – L'échec des régimes amaigrissants

Louis MONNIER, Montpellier

12h15 – Déjeuner sur place



14h 00 – La chirurgie métabolique est-elle le meilleur traitement du DT2 ?

François PATTOU, Lille, Florence GALTIER, Montpellier

14h30 – Approche nutritionnelle et comportementale

Jérôme COMBES, Christine KAVAN, Besançon

15h00 – Evaluation d'un programme d'e-coaching destiné à accompagner des changements de comportements alimentaires chez des patients adultes atteints de diabète de type 2

15h15 – Place thérapeutique de l'activité physique

Vincent GRÉMEAUX, Dijon

15h45 – en attente

16h30 : Clôture

Espace Charenton

327 Rue de Charenton

Paris 12^{ème}

Informations générales :

www.sfdiabete.org/paramedical



AGENDA

Octobre

Congrès SFE
et Journée paramédicale
Angers 7 au 10 Octobre 2015
www.SFE.org

40ème Entretiens de Podologie
Paris 16 et 17 octobre 2015
www.fnp-online.org

28ème Salon Infirmier
Paris 14 au 16 Octobre 2015
www.saloninfirmier.fr

Novembre

Journée d'Automne
SFD Paramédical
Paris, 20 novembre 2015
Espace Charenton
www.sfdiabete.org

Décembre

5ème rencontres d'Éducation
thérapeutique du patient
Lyon, 4 décembre 2015
Espace Tête d'Or
www.se-for.com

Février

A.F.D.E.T
Paris le 11 et 12 Février 2016
www.afdet.net

Mars

Congrès Francophone Annuel
de Diabétologie
S.F.D.
Lyon du 22 au 25 Mars 2016
www.sfdiabete.org

Si vous souhaitez adhérer
à la SFD Paramédical
et profitez de ses publications
et formations

Allez sur le site :
<http://sfdiabete.org>

- Accès paramédical
- ☞ Vie de l'association
- ☞ Devenir membre

Editée par SFD Paramédical
Centre d'affaires Emergence Opéra
5 rue du Helder 75009 Paris 01 40 09 89 07
www.sfdiabete.org

Responsable de Publication :
Jocelyne BERTOGLIO

Rédacteur en Chef : J.DELAUNAY
et le Conseil Scientifique de la
SFD Paramédical.

Merci aux relecteurs de cette édition
N.CARTIER, M.GUIRAUD, C.JOURNOT, M.SAMPER

Photos : Ivano MANTOVANI
*Tous les articles sont publiés
sous la responsabilité de leurs auteurs.*

N°62 – 1er semestre 2015.

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

