

Editorial

Pr. J. Bringer – CHU Montpellier

Aujourd'hui, personne ne peut concevoir que le traitement d'une maladie chronique puisse se décider et avoir l'efficacité requise sans la participation éclairée des malades aux décisions et au suivi thérapeutique. Bien avant l'asthme, la polyarthrite ou le cancer, le diabète a montré la voie d'une "certaine idée" de l'accompagnement et des soins sur la base de la transmission et du partage des connaissances avec les diabétiques.

La journée d'automne de l'ALFEDIAM Paramédical "Découvrir un diabète, et après..." a souligné une fois encore l'exemplarité de la conception de l'approche soignante des diabétiques en l'axant autour du malade et de son entourage, partenaire des soins.

Malgré les étapes franchies dans ce compagnonnage, certaines insuffisances et difficultés persistent et ont été pointées par les intervenants au cours de cette journée. Le diabète a de multiples visages : ainsi le meilleur soignant du diabète de l'adulte serait bien en peine d'assurer la spécificité rigoureuse de la prise en charge d'un nouveau-né diabétique et d'aider efficacement les parents confrontés à cette expression précoce de la maladie.

S'occuper du diabète d'une personne retraitée est à mille lieues de la problématique posée par sa survenue chez un adolescent en difficulté de positionnement entre d'un côté le désir d'autonomie et d'affirmation de soi, et de l'autre la peur de quitter la sécurité affective parentale. La dévalorisation ressentie ne facilite pas l'acquisition si nécessaire de l'estime de soi. Ici, le millimétrage de la diététique, de l'autocontrôle et des doses d'insuline apparaissent bien souvent dérisoires en regard de l'intensité de la révolte et du vécu des contraintes.

Et que dire de cet enfant, devenu soudainement diabétique, pour qui on voudrait programmer et prévoir l'imprévisible inhérent à la variété de ses activités, de son alimentation et de ses réactions ? Comment aider sa mère et son père, d'abord sidérés à l'annonce du diabète et de sa signification pour le futur ? Comment gérer cette période de stupeur, peu propice à l'assimilation de l'éducation ? Comment, une fois passé le deuil, favoriser l'émergence d'une co-gestion sereine et attentive, mais non surprotectrice, entre l'enfant, ses parents et les soignants ?

Cette réunion a sans nul doute suscité une réflexion profonde sur nos habitudes de soins grâce aux débats suivant les exposés de qualité des soignants, pédiatres, endocrinologues, psychologues, diététiciennes. Grâce aussi au témoignage de la mère d'une petite fille diabétique relatant le vécu et les aléas de son parcours. En s'imprégnant des suggestions issues de ces analyses pertinentes, chaque participant a apprécié une journée riche d'enseignements et d'échanges. Un grand merci à la présidente Odile LAUTIER et à Jocelyne BERTOGLIO, animatrice du conseil scientifique, d'avoir su élaborer un tel programme.

N°34

Automne 2004



Sommaire

Editorial :

Pr. Jacques Bringer

Page 2 :

Il y a encore du pain sur la planche !

Dorothee Romand

Vie de l'Association

Page 3 :

Vie de l'Association (suite)

Page 4 à 11 :

Découvrir un diabète & Après ?

Page 4 : **Le néo-natal**

Laurence Leridon

Page 5 : **L'enfant**

Dr Chantal Stuckens

L'adolescent

Sabine Ricard-Malivoir

Page 6 : **La diététique de l'enfant**

Marie-Odile Grenèche

Page 8 : **L'adulte**

Pr. André Grimaldi

Page 9 : **La diététique de l'adulte**

Caroline Fouquet

Page 11 : **La personne âgée**

Heidi Dubus

Page 11 : Brèves

Page 12 : Journée de Printemps

Il y a encore du pain sur la planche !

Dorothee Romand, Diététicienne, Hôpital Saint-Louis - Paris
Vice-Présidente de l'ALFEDIAM Paramédical

L'alfediam paramédical s'apprête à fêter ses 20 ans. Vingt années d'un travail riche et productif de recherche et de formation tant en matière de soins que d'éducation ou encore de reconnaissance des actes paramédicaux en diabétologie. Le nombre d'adhérents progresse et les travaux présentés aux journées de formation sont nombreux et pertinents.

L'objectif commun est constant : améliorer encore et toujours la qualité des soins techniques et éducatifs auprès des patients diabétiques pour les aider à mieux se soigner.

Cependant le diabète progresse lui aussi, principalement le diabète de type 2 ainsi que l'obésité. La France compte aujourd'hui au moins 3 millions de personnes diabétiques, 5 millions de personnes obèses et 14 millions en surpoids ! Les prévisions donnent une augmentation probable de 16 % pour le diabète en Europe d'ici à 2025 et en France l'obésité progresse de 5% par an depuis 1997 !

Les services de soins risquent de ne pas pouvoir répondre à la demande croissante ce d'autant plus qu'ils souffrent souvent d'un manque d'effectifs paramédical et médical.

Tous les spécialistes s'accordent à dire que le mode de vie est en cause dans cette épidémie : alimentation, activité physique et vieillissement de la population .

Mais malgré les campagnes de prévention comme celle du PNNS (programme national nutrition santé) des rapports parus récemment confirment des lacunes importantes en matières de nutrition en France. Le « baromètre santé nutrition » de l'INPES rend compte de l'état de désinformation de la population: plus de 50% des français pensent que les féculents font grossir et que boire de l'eau fait maigrir, 80% que certaines huiles sont moins grasses que les autres. Seulement un français sur 10 consomme des fruits ou légumes au moins 5 fois par jour comme cela est recommandé par le PNNS.

D'autre part, les auteurs du rapport glucides et santé de l'Afssa présidé par le Pr Philippe Passa recommande : « les glucides simples ajoutés, dont la consommation est en augmentation constante et dont l'excès d'apport à des effets délétères démontrés doivent être réduits » et note que « les professionnels de la santé sont encore dans leur immense majorité mal informés ou désinformé sur les stratégies de prévention ».

Qui est en cause, les individus ? Les pouvoirs publics ? Les industriels ? Les soignants ?

Il est de notre rôle en tant que paramédicaux (diététiciens surtout mais aussi aides-soignants infirmiers etc.) de redoubler d'efforts pour relayer des messages clairs et pratiques, dictés par les instances de tutelles, et de participer activement aux projets Nationaux de prévention. Nous sommes en effet en première ligne pour former et informer, les soignants, les patients et leur entourage.

Vie de l'Association

La composition du bureau de l'ALFEDIAM Paramédical change à partir du 1^{er} Janvier 2005, les membres seront :

Présidente : Odile LAUTIER, Infirmière à Montpellier

Vice-Présidente : Caroline FOUQUET, Diététicienne à Toulouse

Secrétaire Général : Fabrice STRNAD, Diététicien à Pontoise

Secrétaire Générale Adjointe : Christine KAVAN, Diététicienne à Besançon

Trésorière : Michelle Joly, Cadre Infirmier à Monaco

Bienvenue aux nouveaux membres, et un grand merci à Laurence LERIDON et Dorothee ROMAND qui occupaient respectivement les postes de Secrétaire Générale et Vice-Présidente. Nous savons combien leur investissement a été grand pour l'ALFEDIAM Paramédical, nous leur souhaitons bonne continuation dans leurs entreprises.

Annuaire

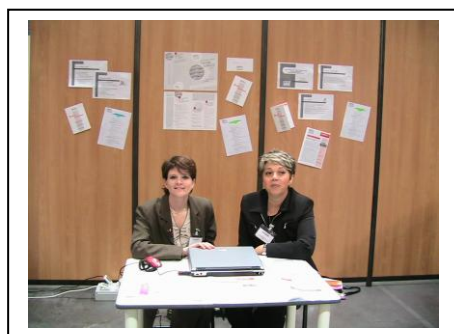
L'ALFEDIAM Paramédical a la volonté de faciliter la communication entre ses membres. Cela nécessite la confection d'un annuaire comportant des données exactes. Merci donc de bien vouloir nous indiquer vos changements d'adresse. Et nous vous rappelons qu'il existe un annuaire sur le site Internet de l'ALFEDIAM dont le seul accès est autorisé aux membres.

Rencontres

L'ALFEDIAM Paramédical a participé pour la première fois cette année au congrès annuel des diététiciens d'une part et au salon infirmier d'autre part.

Ces deux organisations nous ont offert un stand pendant toute la durée de leur manifestation, ce qui permet de faire connaître mieux l'ALFEDIAM Paramédical, ses missions et actions. En particulier ces rencontres permettent une bonne diffusion des programmes des journées qu'organise notre société.

Jocelyne BERTOGLIO et Caroline FOUQUET ont représenté l'ALFEDIAM Paramédical au congrès de l'Association des Diététiciens De Langue Française les 23,24 et 25 Septembre 2004 à Bordeaux.



Michelle JOLY et Ivano MANTOVANI ont représenté l'ALFEDIAM Paramédical au salon Infirmier, à Paris, les 3,4 et 5 Novembre 2004 à Paris.



Découvrir un Diabète et Après ?

QUEL TYPE DE DIABETE CHEZ L'ENFANT?

LAURENCE LERIDON

ALFEDIAM PARAMEDICAL

Montpellier ALFEDIAM 2004

Définition

- Le diabète néonatal est une anomalie métabolique rare (1/500.000 soit moins de 1% des diabètes de l'enfant), caractérisée par une hyperglycémie, qui a lieu durant les trois premiers mois, associée en général à un retard de croissance intra-utérin, témoignant d'une sécrétion insuffisante d'insuline pendant la vie fœtale.

Montpellier ALFEDIAM 2004

Le diabète du nouveau-né, est rare et est le plus souvent associé à un poids de naissance faible par manque d'insuline pendant la vie intra-utérine.

Diagnostic

- Mesure de la glycémie, de la glycosurie et de l'HbA1C.
- Pas de marqueurs associés au diabète de type 1
- Signes cliniques apparaissant dans les dix premiers jours de vie: polyurie, déshydratation et perte de poids.
- Hyperglycémie associée à une insulïnémie basse.

Montpellier ALFEDIAM 2004

Classification

- D.T.N (diabète néonatal transitoire):
 - insulinothérapie courte (> 18 mois)
 - Pour certains patients, intolérance au glucose, avec risque de réapparition d'un diabète de type 1 à l'adolescence
- D.N.P (diabète néonatal permanent):
 - Insulinothérapie à vie (comme le diabète de type 1).

Montpellier ALFEDIAM 2004

Le diagnostic, et les signes cliniques sont les mêmes que chez l'adulte. En revanche, contrairement à celui de l'adulte, le diabète du sujet néo-natal peut être transitoire.

Étiologie

- Pour le D.N.T, transmission génétique paternelle :
 - Soit par disomies uni-parentales du chromosome 6
 - Soit par duplications partielles du bras long du chromosome 6
 - Soit par anomalies de méthylation de la région 6q2.4
- Pour le D.N.P:
 - 2 cas avec agénésie du pancréas
 - 2 cas avec anomalies profondes de la sensibilité au glucose, de la cellule β productrice d'insuline.

Montpellier ALFEDIAM 2004

Traitement

- Pour le D.T.N:
 - A court terme:
 - Insulinothérapie à la pompe brève.
 - A long terme:
 - suivi diabétologue/infirmière
 - Alimentation équilibrée et contrôlée
 - surveillance en cas de maladie et fièvre
 - Bilan annuel avec H.G.P.O et H.P.I.V
- Pour le D.N.P:
 - Insulinothérapie à la pompe permanent
 - Suivi tous les mois diabétologue/infirmière

Montpellier ALFEDIAM 2004

Si les causes du diabète transitoire sont génétiques, celles du diabète persistant sont dues à une défaillance pancréatique.

Description du matériel

- Pompe à insuline: débits de base et bolus minimum (0,05 et 0,1 u/h)
- Insuline diluée : 1/10° ou 1/20° (ex: nrs de 26 sa +3j, Pds=840grs et T=34,5cms, Ins=0,25u/24h soit 0,01 u/h)
- cathéters, type »tenders »
- Sites d'injections (cuisses, dos, bras)
- Insuline: vélosuline et humalog

Montpellier ALFEDIAM 2004

Le matériel utilisé pour l'insulinothérapie de ces nouveaux-nés est celui des pompes à insuline permettant l'administration de doses d'insuline minimales. Ceci implique une technique parfaite, en particulier la chasse absolue à la moindre bulle d'air dans la tubulure.

L'enfant

Docteur Chantal STUCKENS

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Le diabète est une maladie qui envahit tous les champs de la vie quotidienne de l'enfant mais aussi de sa famille. Ceci semble encore plus vrai lorsque l'enfant est très jeune, car les parents doivent anticiper ce qui peut arriver à cet enfant dont l'alimentation, le sommeil, l'activité ne sont pas toujours facilement prévisibles. Les parents prennent alors en main les différents éléments du traitement en essayant d'en avoir la meilleure maîtrise possible, la crainte des hypoglycémies sévères ou d'un retentissement à long terme étant sous-jacente avec une lourde culpabilité et une crainte de ne pas savoir faire face.

Nombre de parents s'isolent de leur famille, de leurs amis, ne sortent que très peu ; d'autres rencontrent des difficultés auprès des adultes s'occupant habituellement de leur petit.

Il est important de soutenir ces familles, de leur redonner confiance en renforçant leurs compétences par une éducation bien adaptée et par une écoute attentive. Les échanges et la prise en compte de ce qui peut paraître comme de menus détails du comportement quotidien de l'enfant, les facteurs de variation des glycémies, sont très enrichissants pour les soignants et les parents : ceux-ci acquièrent souvent une excellente compétence que le soignant qui ne connaît pas l'enfant doit respecter. Les associations, les rencontres entre parents et entre enfants aident certains à mieux relativiser cette situation. La relation avec le milieu éducatif est renforcée par le projet d'accueil individualisé, les autres contacts si nécessaires – courriers, téléphone - et par les formations que les soignants lui apportent.

Lorsque l'enfant grandit, il faut peu à peu l'aider à acquérir son autonomie tout en étant conscient de ses capacités, et en tenant compte à chaque fois de son degré de maturité, de son niveau de développement psychoaffectif. C'est alors un autre chemin difficile, certains parents regrettent « ce temps où ils réglaient tout ! »

La découverte de la maladie n'a pas les mêmes impacts et ne sera pas suivie du même type de comportement selon l'âge de survenue, les circonstances de découverte, les habitudes antérieures, le soutien social global de l'enfant et de ses parents : à l'adolescence, la maladie amplifie ou dévoile brutalement les difficultés.

La confiance envers les parents et envers l'enfant reste le maître mot, basée sur une éducation suivie de la famille et de l'enfant, donnée par une équipe disponible qui doit renforcer sans cesse ses compétences.

Le Diabète A L' Adolescence

Sabine RICARD-MALIVOIR – Psychologue - Lyon

L'adolescence n'est pas une pathologie, l'évolution est subtile et lente comprenant des moments conflictuels mais la « crise » n'est pas obligatoire.

D'une part l'adolescence est une période particulièrement propice aux changements, d'autre part il existe un risque de voir se figer des conduites négatives qui empêchent le développement des potentialités du sujet.

Pour devenir adulte l'enfant grandit sur le plan psychique selon deux principes :

- il se nourrit des apports de l'environnement et plus particulièrement de ceux de ses parents.
- il est tenu de trouver sa différence et son autonomie.

Deux principes complémentaires qui peuvent entrer en contradiction.

Avec l'arrivée de la puberté l'adolescent se trouve dans une situation nouvelle ; tout change : le corps, les sentiments, les émotions, les pensées.

Tout lui échappe sans qu'il n'y puisse rien.

Pour expérimenter la nouveauté l'adolescent revendique la liberté.

Est-il capable de l'assumer ?

Les conduites d'opposition deviennent un moyen d'établir une distance protectrice.

La maladie diabète donne une coloration particulière à ce parcours ; tantôt elle l'accélère, tantôt elle le fixe.

Le diabète opère sur le jeune une contrainte sur son corps et une emprise sur son fonctionnement psychique. Le besoin quotidien de se piquer affirme dans un geste paradoxal d'un côté sa dépendance pharmacologique et de l'autre son indépendance par rapport au médecin et à ses parents puisqu'il accède à la capacité de se traiter lui-même.

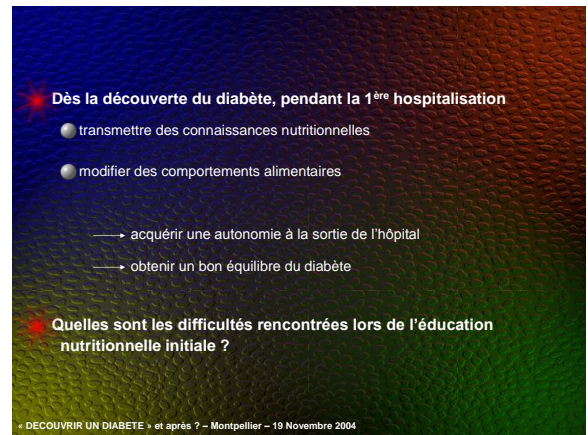
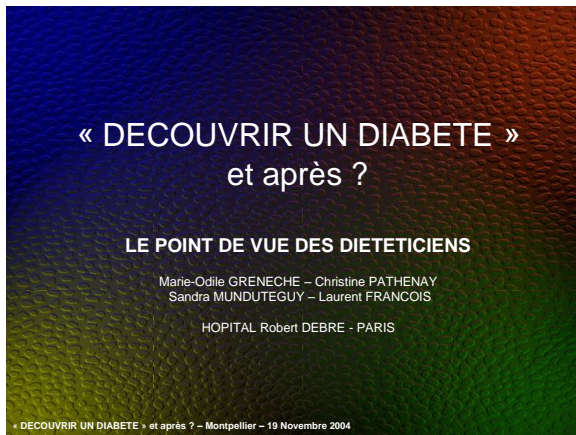
L'adolescent connaît son diabète et l'obligation de se traiter ; pourtant il oublie parfois.

Il oscille entre savoir et ignorance.

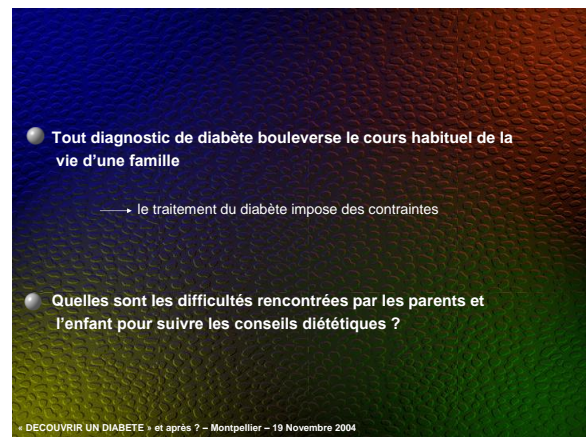
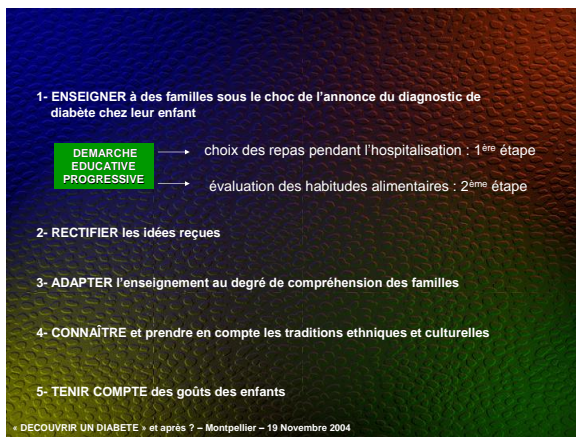
Ne pas voir certains aspects de son traitement est une manière pour l'adolescent de se séparer de l'emprise du soin et une façon de se donner l'illusion de son indépendance.

Le diabète cristallise les conflits et les tentatives d'individuation.

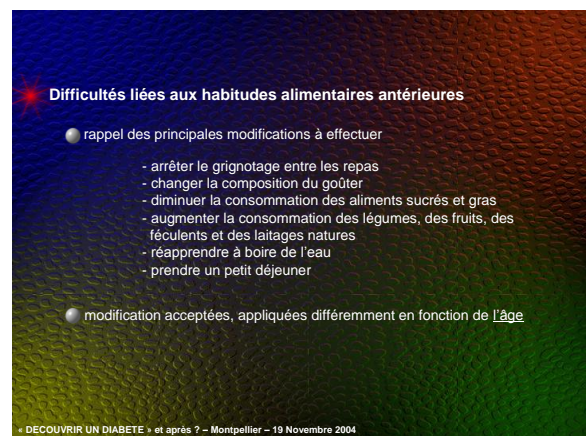
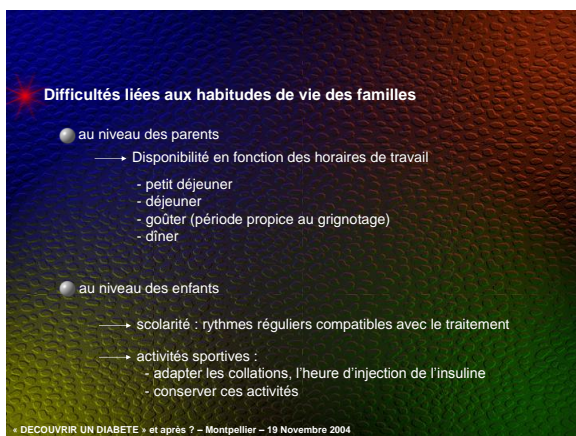
Le traitement est souvent un terrain de négociations et de compromis entre l'adolescent, ses parents et son pédiatre.



A l'annonce du diagnostique du diabète, le diététicien doit amener l'enfant et sa famille à un comportement alimentaire adapté, qui permettra d'une part de contribuer au bon équilibre glycémique, d'autre part à respecter les besoins nutritionnels liés à la croissance de l'enfant.



Le diététicien doit éduquer l'enfant et ses parents se qui ajoute des difficultés dans l'éducation.



Parce que l'enjeu est double : le vie de la famille et la vie de l'enfant avec son mode de vie et ses habitudes alimentaires

Nourrissons – petit enfant avant la maternelle

- grignotage rare
- appétit irrégulier
apports alimentaires insuffisants → crainte de l'hypoglycémie
- refus de manger
→ trouver des compromis
- hyperglycémie vers 16h – 17h : sieste

DECOUVRIR UN DIABETE » et après ? – Montpellier – 19 Novembre 2004

Maternelle : 3 – 6 ans

- difficultés identiques à celles des enfants plus petits
- entrée à l'école

plus de repas pris à l'extérieur → 1er objectif : éviter les hypoglycémies en classe

- collation de 10h : plus riche en glucides
- déjeuner à la cantine accepté si surveillance garantie
- ou trouver d'autres solutions

DECOUVRIR UN DIABETE » et après ? – Montpellier – 19 Novembre 2004

Tant que l'enfant est tout petit, tout repose sur les parents et la plus grande difficulté est de trouver des palliatifs au refus de manger. Après 3 ans, une collaboration est nécessaire avec l'école et la restauration afin de s'assurer que l'enfant mange.

à l'école primaire : 7 – 11 ans

- à la maison : + d'autonomie → début du grignotage
- aide de la famille → limiter la présence des aliments de grignotage / adopter la même alimentation pour toute la famille
- à l'école
 - collation de 10h : éviter les risques d'oubli et d'échanges avec les copains
 - à la cantine : apprendre aux enfants à choisir les plats
- goûter : si insuffisant, monotone
 - revoir le contenu du déjeuner
 - prendre plusieurs produits laitiers
 - utiliser des produits light
 - augmenter les activités physiques
 - faire une injection d'insuline rapide

DECOUVRIR UN DIABETE » et après ? – Montpellier – 19 Novembre 2004

au collège : 12 – 15 ans

- les problèmes liés au grignotage augmentent avec les sollicitations croissantes du monde extérieur
- à l'adolescence : plus de difficultés à annoncer le diabète à l'entourage
- besoin d'imiter les copains

situations nouvelles difficiles à gérer → - refus de la collation de 10h / - déjeuner à la cantine trop riche en féculents et produits sucrés / - présence de grignotage à la sortie des cours vers 16h

- le grignotage : dû parfois à une alimentation trop rigide → introduction de produits sucrés à bon escient pour le réduire

- le goûter : besoin d'1 injection d'insuline rapide

DECOUVRIR UN DIABETE » et après ? – Montpellier – 19 Novembre 2004

Lorsque l'enfant grandit, le grignotage apparaît et le diététicien doit trouver des compromis avec le patient et le soutien de toute la famille est primordial pour le jeune diabétique.

au lycée : 16 – 18 ans

- en fonction de la maturité, de la personnalité
- mêmes difficultés qu'au collège (grignotage et goûter)
- le grignotage des adolescents est plus difficile à résoudre car souvent associé à d'autres difficultés psycho-affectives
- plus d'autonomie

↑ des sorties des activités, des repas pris à l'extérieur (fast-food...) → + de difficultés à gérer les horaires des repas et des injections / + de difficultés à équilibrer les glycémies

aide possible : changement de traitement (insuline Lantus)

DECOUVRIR UN DIABETE » et après ? – Montpellier – 19 Novembre 2004

Devant ces difficultés énoncées, nous avons besoin de temps, de moyens pendant l'hospitalisation, en hôpital de jour, en consultation pour former les familles à prendre en charge le traitement de cette maladie chronique.

DECOUVRIR UN DIABETE » et après ? – Montpellier – 19 Novembre 2004

A l'adolescence en plus des prises alimentaires désordonnées s'ajoutent les difficultés liées aux horaires décalés, nécessitant le plus souvent une adaptation de l'insulinothérapie.

Actualités Sur L'acceptation Du Diabète

Le Diabète De L'adulte : Objectifs Spécifiques

Pr. A. GRIMALDI - Service de Diabétologie – Métabolisme
Groupe Hospitalier PITIE – SALPETRIERE, PARIS

Si on entend par « actualités » la notion journalistique de nouveauté, on peut dire qu'il n'y a rien de neuf en matière d'acceptation de la maladie chronique. Par contre, si on donne au mot actualité son sens philosophique de mise en actes, alors rien n'est plus actuel que l'apprentissage toujours nouveau et toujours renouvelé de l'acceptation de la maladie chronique. En effet, si chaque génération hérite de toute l'histoire des techniques de l'humanité et naît en quelque sorte à la pointe du progrès, chaque homme à chaque génération doit découvrir, reformuler et restaurer l'humanité en lui, c'est-à-dire donner un sens à sa vie dans son rapport aux autres. En la matière il ne saurait y avoir de progrès.

Le moi est doublement ébranlé par la maladie chronique, d'une part dans son rapport au temps car la maladie vient rompre le flux continu du « jamais plus mais toujours encore » en suscitant l'angoisse de mort, d'autre part dans son rapport aux autres car si chaque homme est différent mais égal aux autres, le malade chronique a l'inquiétude que sa différence ne soit en réalité une infériorité. En effet, l'angoisse suscitée par la perte concerne moins la perte de la liberté (le régime) ou de la sécurité (les hypoglycémies) ou de l'insouciance de l'avenir (les complications) que la perte de la « normalité des autres ». En effet, la blessure narcissique du diabétique tient essentiellement à cette peur de voir son identité réduite à la maladie chronique. La défense du moi, menacé dans son rapport au temps, dans son rapport au plaisir et dans son rapport aux autres, nécessite donc un travail de deuil ou travail d'acceptation.

Toutefois, les formes du deuil sont différentes au cours du diabète insulino-dépendant et du diabète non insulino-dépendant. En effet, le diabétique insulino-dépendant sait que l'insuline est vitale pour lui. Avant 1921, le diabète insulino-dépendant était une maladie aiguë ... mortelle. Cette insuline doit donc être injectée tous les jours, pour toujours, en quelque sorte à perpétuité. De plus, l'injection en elle-même constitue une sorte de violation des frontières du moi. L'effraction cutanée telle une violation territoriale de l'ego évoque fatalement le franchissement de la limite suscitant à nouveau l'angoisse de la mort (celle-ci peut être encore beaucoup plus douloureusement vécue par les patients dialysés, qui selon l'expression de Philippe BARRIER « claudiquent avec le monde des morts »). Cette différence de travail de deuil entre le diabète

insulino-dépendant et le diabète non insulino-dépendant s'exprime dans les mots des patients eux-mêmes. Le diabétique insulino-dépendant dit « je suis diabétique » et il a à faire le deuil d'un être très cher - le moi de l'avant diabète - tandis que le diabétique non insulino-dépendant dit « j'ai du diabète » et il a plus tôt à accepter les affres du vieillissement, « ses fleurs de cimetière » ou pour reprendre l'expression de Vladimir YANKELEVITCH « ces petites morts de la quotidienneté ».

Le travail de deuil du diabétique insulino-dépendant se conclut par un contrat avec la maladie en terme de contraintes thérapeutiques acceptées pour éviter les complications. En conséquence, toute nouvelle contrainte risque de remettre en cause le contrat initial et de rouvrir douloureusement le travail de deuil. D'où l'importance de proposer d'emblée un traitement optimal (« insulinothérapie basale – prandiale ») en évitant les traitements dits « de confort » évolutifs.

Le travail de deuil du diabétique non insulino-dépendant est paradoxalement plus difficile pour au moins trois raisons :

1°) le silence des organes donne l'illusion de la bonne santé. Pour reprendre l'expression de Michel HANUS « en l'absence de douleur, le moi s'endort à l'appel des sirènes du déni », d'où l'importance de remplacer le symptôme manquant par **l'auto-surveillance glycémique**.

2°) le diabète non insulino-dépendant est souvent vécu avant les complications comme un simple facteur de risque cardio-vasculaire et non comme une maladie, d'où l'importance de **l'éducation thérapeutique dès le diagnostic de la maladie**, en particulier l'éducation de groupe, afin de favoriser la prise de conscience nécessaire à la motivation

3°) enfin, il s'agit d'une maladie évolutive qui nécessitera des ajustements thérapeutiques répétés, d'où l'importance d'expliquer dès le début au malade l'aggravation progressive de la défaillance insulino-sécrétoire et donc de **parler d'insuline bien avant que l'heure de la prescription ne soit venue**.

Finalement, qu'est-ce qu'un deuil réussi ? C'est sûrement, pour un patient atteint de diabète, ne pas avoir l'angoisse du risque des complications sévères de la maladie grâce à un traitement optimal, tout en maintenant une qualité de

vie si ce n'est normale du moins jugée acceptable par le patient. Témoin de cette réussite le fait que le malade ait des projets de vie et qu'il puisse parler sans gêne de sa maladie.

Il y a quatre conditions pour un travail de deuil réussi :

- la première tient au passé psychologique du patient, **le succès des deuils antérieurs** témoigne d'une **aptitude au deuil**. A l'inverse, tout deuil antérieur non fait bloque la possibilité de tout nouveau deuil. D'un point de vue analytique, on peut rappeler que le premier deuil est la séparation d'avec la mère qui, selon la théorie de l'attachement, aura des conséquences ultérieures stables sur le style relationnel

- la deuxième condition est une **bonne estime de soi**

- la troisième, est un **soutien social** perçu comme important

- la quatrième enfin, est une **relation de confiance avec le médecin** permettant de développer un **partenariat** dans lequel le malade joue un **rôle actif** jusque et y compris dans les décisions thérapeutiques

Les échecs du travail de deuil du diabétique insulino-dépendant peuvent être regroupés sous trois rubriques :

1°) la dépression chronique

2°) la régression avec chronicisation où le malade s'identifie à sa maladie

3°) le refus conscient de la maladie et de ses contraintes thérapeutiques. Le patient cachant sa maladie à son entourage, fonctionne avec un clivage entre le moi non diabétique et le moi diabétique réduit aux contraintes minimales du traitement avec souvent une suractivité compensatoire ou des conduites à risque.

Le problème majeur du diabète non insulino-dépendant est plutôt celui de l'escamotage du travail de deuil soit en raison du déni, qu'il s'agisse d'un déni de réalité, d'un déni d'affect ou d'un déni de comportement, soit en raison d'un contournement émotionnel faisant appel à l'auto-suggestion, à la ritualisation, au déplacement, à l'hypochondrie, ou aux croyances de santé...

Le rôle des soignants est donc de quatre ordres :

1°) aider au travail de deuil

2°) faciliter l'adaptation aux contraintes, notamment grâce à l'élaboration de contrats thérapeutiques

3°) organiser le suivi

4°) éviter les contres attitudes médicales

En conclusion, le rapport diabétique – diabétologue doit être idéalement celui d'un partenariat où chacun, grâce à l'écoute empathique d'une part et à l'éducation thérapeutique d'autre part, si ce n'est prend, du moins comprend la place de l'autre, sans pour autant les confondre.

Diététique de l'Adulte

Caroline FOUQUET – Diététicienne – Toulouse

L'alimentation adaptée aux personnes diabétiques évolue de fait, parce que la diabétologie change. Et il est important que tous les acteurs de la discipline avancent du même pas...

Les études cliniques, les avancés de la pharmacologie, le développement de l'auto surveillance ont permis aux soignants d'une part d'être plus exigeants sur les résultats obtenus et de laisser plus de souplesse dans le traitement du diabète au quotidien. En particulier, la contrainte des horaires, les prises alimentaires obligatoires et « le régime » de façon générale s'est « assoupli ».

Les premières études qui ont montré l'effet délétère d'une alimentation riche en lipides chez les diabétiques datent des années 50, alors que la

définition des index glycémiques et du pouvoir hyperglycémiant des aliments datent de 1981. Ainsi, en 60 ans, de la découverte de l'insuline jusqu'à la publication par Jenkins de la définition des Index glycémiques, le « régime diabétique » a changé du tout lipides au presque tout glucides. Aujourd'hui, le même Jenkins a publié une méta analyse sur les recommandations nutritionnelles pour le diabétique rédigées par 9 sociétés savantes dans le monde dont l'américaine, la canadienne, la britannique, l'européenne, la japonaise et la sud Africaine.

Il ressort de cette méta-analyse un consensus mondial reposant sur quatre grands points pour la prise en charge nutritionnelle du patient diabétique :

- 1 - Maintenir un poids correct, soit un BMI $\leq 25\text{kg/m}^2$
- 2 - Consommer plus de la moitié des calories sous forme de glucides
- 3 - Consommer peu de lipides (< 30% des apports caloriques) et surtout chasser les graisses saturées
- 4 - Préserver la qualité de vie

Ceci est ce dont le patient doit tendre pour le bon traitement de son diabète. Mais si l'on se replace d'une part dans la réalité d'autre part au diagnostic du diabète, il est nécessaire d'y apposer des bémols. Et les soignants et en particulier les diététiciens se doivent de faire un « état des lieux » auprès des patients avant de fixer de tels objectifs.

Tout d'abord, l'objectif pondéral. L'UKPDS a bien montré que la perte de quelques kilos (5 à 7%) était suffisante à l'amélioration de l'équilibre glycémique. Il est donc pas nécessaire de vouloir à tout prix emmener son patient à un BMI dans la normalité. D'autant que bien souvent, d'une part ce « poids idéal » n'a jamais été tenu et d'autre part, ceci conduit le patient à l'échec, avec tout ce que cela peut induire par ailleurs sur la compliance au traitement.

En ce qui concerne la consommation « normale » de glucides. Bien qu'il existe malheureusement encore quelques réticence parmi les soignants et les patients, le message est aujourd'hui rentré « dans » les mœurs. En revanche, la grande question du choix des glucides reste la même. Des glucides oui mais lesquels ?

D'aucune recommandations actuelles ne fait état d'aliments interdits, simplement certaines sociétés recommandant de limiter la consommation de saccharose (BDA, EASD, CDA, Inde), alors que la société japonaise recommandent de ne consommer qu'un fruit par jour, l'ADA au contraire n'émet aucune réserve sur la consommation de ces sucres simples qu'il soit de constitution ou ajouté.

Pour le choix des glucides complexes, ou amidons, il n'y a pas de consensus pour le choix des aliments en fonction de leur pouvoir hyperglycémiant. Néanmoins, toutes les sociétés recommandent de consommer des glucides et des fibres. Le choix des aliments ne peut alors que s'orienter vers les légumes secs et céréales complètes, aliments qui ont par ailleurs, un index glycémique faible ou moyen comparés aux céréales raffinées.

La restriction la plus sévère émise par les experts mondiaux et de façon consensuelle, se

porte sur les lipides saturés. Il faut que nos patients mangent plus d'acides gras mono insaturés (huile d'olive, de colza, grasse d'oie...). Ce qui n'est pas toujours facile selon les habitudes alimentaires et culturelles...

Quand au respect des habitudes de vie, de la culture etc... des patients, il est évident que c'est une condition indispensable au respect des conseils donnés, à la compliance au traitement dans sa globalité et in fine au bon équilibre du diabète.

Enfin, le message nutritionnel est clair... Pourtant 80% des patients ne suivent pas les conseils donnés !!! Pourquoi ?

Les objectifs thérapeutiques, les conseils donnés ne sont probablement pas toujours adaptés au patient que l'on a en face. C'est pourquoi, avant de délivrer un message, nous devons d'abord savoir ce que le patient pense, attend et croit d'une part et ce qu'il est prêt à faire d'autre part. Nous savons tous diététiciens, que des pages et des pages de régime contenant des listes d'équivalences, des répartitions journalières, des menus etc... n'améliorent en aucun cas l'équilibre d'un diabète. Et même si l'accès au soin diététique est difficile dans notre pays, nous savons qu'il est plus efficace de délivrer un ou deux messages plutôt que de délivrer le temps d'un entretien toutes les règles de l'équilibre alimentaire. Tout ceci est bien décrit dans les recommandations publiées par l'ALFEDIAM Paramédical : [éducation diététique et alimentation du diabétique de type 2](#).

Enfin, tout « régime » peut induire des comportements alimentaires déviants, et il a bien été démontré que la frustration alimentaire notamment sucrée peut conduire à une perte de contrôle et des prises alimentaires anarchiques et l'engrenage de la restriction cognitive est amorcé.

Aussi, mettons autant d'exigence dans la prévention de comportements alimentaires déviants que dans la prévention de l'obésité, de l'hypercholestérolémie, de l'hypertriglycéridémie, de l'hypoglycémie, de l'hyperglycémie...

Bibliographie

- N. Masseboeuf, Information diététique 3/2004
- Jenkins & AL, Journal of the American Collège of Nutrition, Vol 23, N° 1, 5-17 (2004)
- Slama & Al, Lancet, 2:122-125, 1984
- Brynes & Al, Diabetes Care 2003
- Ziegler O. Soins. 2004 Apr

Le Diabète chez la personne âgée

Heïdi Dubus – Infirmière – Nice

Découvert souvent de façon fortuite ou tardive, le diabète du sujet âgé s'accroît par l'allongement de la durée de vie, l'excès pondéral, la sédentarité.

La prise en charge du diabétique âgé varie selon de nombreux facteurs sociaux, familiaux, environnementaux mais aussi selon son état général physique, psychique et psychologique.

Pour améliorer la qualité des soins et de la prise en charge, le rôle de chaque paramédical, à domicile comme en institution, a été redéfini ainsi que l'importance de recevoir une éducation.

L'objectif étant de permettre au diabétique de vivre mieux et le plus longtemps possible.

Pour répondre aux besoins du sujet âgé diabétique et à leur prise en charge, un guide de recommandations a vu le jour depuis peu, élaboré par un groupe d'experts paramédicaux.

Un groupe de travail de l'ALFEDIAM Paramédical coordonné par Jocelyne BERTOGLIO et auquel a participé Heïdi Dubus a rédigé des recommandations sur la prise en charge de la personne âgée diabétique. Ces recommandations sont en cours d'impression et seront adressées à tous les membres de l'ALFEDIAM.

Brèves

Prendre la température du pied !

Chez des patients diabétiques à haut risque d'ulcération l'ajout d'une surveillance biquotidienne de la température cutanée des pieds réduit très significativement le risque d'ulcération ou de fracture de Charcot comparativement à une prise en charge intensive (chaussures adaptées, éducation et surveillance régulière).

Le bénéfice provient d'une détection plus précoce des problèmes. Les patients devaient contacter une infirmière dès qu'ils mettaient en évidence une différence de température de plus de 4°C entre les 2 pieds. Cette simple mesure a permis de réduire, en 6 mois, le risque de complication à 2 % en cas de prise de la température comparativement à 20 % si cette mesure n'est pas mise en place.

Source : Home Monitoring of Foot Skin Temperatures to Prevent Ulceration Lawrence A. Lavery, Kevin R. Higgins, Dan R. Lanctot, George P. Constantinides, Ruben G. Zamorano, David G. Armstrong, Kyriacos A. Athanasiou, and C. Mauli Agrawal *Diabetes Care* 2004 27: 2642-2647.

Rémi Rabasat-Lhoret, Novembre 2004.

Diabète et vitamine C : risqué ?

La vitamine C est un puissant antioxydant mais elle peut aussi avoir l'effet inverse et favoriser la glycation des protéines. Son taux est souvent abaissé chez les patients diabétiques. Est-il utile de la corriger ?

Des chercheurs ont voulu savoir si la prise de vitamine C avait un effet sur la mortalité cardiovasculaire, les événements cardiovasculaires et le risque d'accident cérébrovasculaire (ACV).

Près de 2000 femmes diabétiques ou non ont été suivies pendant 15 ans et on a mis en relation la prise initiale de vitamine C (dans l'alimentation ou sous forme de suppléments) avec les événements survenus ultérieurement.

Même après ajustement pour de multiples facteurs confondants (facteurs de risque cardiovasculaires, prise de vitamine E, etc.) il existe une augmentation significative du risque de mortalité, de pathologie coronarienne et d'ACV chez les patients qui avaient à l'inclusion une prise importante de vitamine C.

Ce risque est significatif uniquement pour les suppléments oraux et chez les sujets diabétiques à l'inclusion.

Les auteurs spéculent sur le fait que chez les patients diabétiques la prise de suppléments de vitamine C puisse :

- avoir un effet pro-oxydant en raison des anomalies plus fréquentes du métabolisme du fer chez les patients diabétiques ce qui favoriserait une interaction.
- Favorise la glycation des protéines qui est un des mécanismes probable de l'athérosclérose.
- Favorise la peroxydation lipidique

Cette étude incite donc à la prudence même si de telles données doivent être confirmées.

Source : Duk-Hee Lee, Aaron R Folsom, Lisa Harnack, Barry Halliwell, and David R Jacobs, Jr Does supplemental vitamin C increase cardiovascular disease risk in women with diabetes? *Am J Clin Nutr* 2004 80: 1194-1200.

Rémi Rabasat-Lhoret, Novembre 2004.

Journée d'Automne 24 Mars 2005 - Lyon

Pré-Programme

- 8h45 – 9 h** **Ouverture : C.Thivolet / O. Lautier**
- Modérateurs** : Pr Lefèvre / A.Laffite
- 9h **Il était une fois l'AlfédiAM Paramédical :**
A. Laffite, D. Durain, F. Rossi, ML. Cottez, N. Masseboeuf
- 9h30 **Exposé Bourse Roche 2004**
Mise en place d'un fascicule illustré pour l'éducation des patients diabétiques insulino-traités, analphabètes. *S. VATHONE (Hôpital Bichat - Paris)*
- 10h **Prix LIFESCAN du meilleur abstract 2005** (3500€)
- 10H15 **Communication orale n°1**
- 10h30-11h** **Pause. Visites des communications affichées**
- Modérateurs** P. Lefèvre / J. Bertoglio
- 11h **Le Holter Glycémique** *H. Hanaire – CHU Rangueil - Toulouse*
- 11h30 **Exposé Bourse Novo Nordisk 2004**
Mise en place d'une structure d'hospitalisation de Jour pour adolescents diabétiques.
C. HERDT (CHU - Strasbourg)
- 12h à 13h** **Assemblée générale des membres**
- Modérateur** :Pr. Cathelineau / D. Romand
- 14h30 **Communication orale n°2**
- 14h45 **Remise du prix AlfédiAM Paramédical 2005** : 1000 €
- 15h **Exposé Bourse LILLY 2004**
Dépistage de la dénutrition -Prise en charge Nutritionnelle- Evaluation de la renutrition des Patients hospitalisés dans l'unité de podologie.
N. Masseboeuf (GH Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Remise du prix LILLY 2005:** 4600€
- 15h30 **Le comité scientifique de l'AlfédiAM Paramédical**
- L'historique : M. Picornel (?), P. Cohen Solal
- Les projets récompensés: passé, présent, futur...(Comité scientifique)
- 16h **Diabète et maladies cardio-vasculaires :le point en 2004**
(Diététicien Lyon)
- 16h30** **Clôture de la journée.**

Edité par l'ALFEDIAM Paramédical
58, rue Alexandre Dumas 75011 PARIS
01 40 09 89 07 – alfediam@magic.fr

www.alfediam.org

Responsable de publication : Odile Lautier
Rédacteur en chef : Caroline Fouquet