

Editorial

Catherine HERDT

Cadre de santé - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Présidente du comité scientifique de l'Alfediam Paramédical

Comme l'a très justement souligné Catherine CALIMAN dans l'éditorial de la lettre des paramédicaux N° 44 malgré des valeurs communes que sont :

- nos professions,
- notre intérêt pour une prise en charge globale des patients
- notre intérêt à tous et toutes d'améliorer nos connaissances et compétences
- le partage de ces dernières au sein d'équipes pluridisciplinaires

Nous avons des différences de fonctionnement suivant nos pays d'origines.

Bien que proche culturellement et géographiquement nous pouvons les utiliser pour tenter de faire changer les mentalités, et, faire de la prévention une priorité. Quoi de plus frustrant pour les paramédicaux, quelle que soit leur filière d'origine, *de savoir que nous pourrions diminuer le nombre de patients compliqués* mais de ne pouvoir le faire faute de moyens.....

A l'heure où l'on parle de rentabilité, d'économie, de tarification à l'activité, d'accréditation et d'évaluation des pratiques professionnelles, l'Alfediam a plus que jamais sa place. Elle a besoin de renouveler sans cesse les forces de travail, d'analyses et de critiques constructives qui l'a menée à ce qu'elle est aujourd'hui.

Les compétences multiples et les bonnes volontés que j'ai rencontrées au sein de l'Alfediam me font dire que la richesse de notre association est liée à plusieurs facteurs :

- Les différentes professions et milieu professionnel d'origines : diététiciens, infirmiers, podologues... libéraux ou non
- La diversité géographique de ses membres : Belgique, Luxembourg, Maroc....
- Les échanges de qualité rendus possible par, entre autre, le travail remarquable du conseil scientifique et des intervenants sollicités.
- La présence de représentants de l'Alfediam dans des instances décisionnaires
- Le travail fourni pour la rédaction, l'édition, la diffusion et la reconnaissance des recommandations des bonnes pratiques.....

La force de notre travail réside dans une compréhension du travail de l'Autre qui balaie nos craintes et permet de redéfinir la pluridisciplinarité, de faire de la continuité de soin une réalité hospitalière et extra hospitalière. Elle est également visible au quotidien dans le nombre mais, surtout la qualité des travaux envoyés en réponses aux candidatures, ce travail étant le reflet de la « bonne santé » des équipes soignantes.

Nouvellement nommée au poste de présidente du comité scientifique de l'Alfediam Paramédical, je ferai en sorte en compagnie des membres du comité scientifique de maintenir l'acquis et tenterai d'améliorer encore la qualité de notre travail. Mes remerciements vont dans un premier temps à D. DURAIN qui m'a fait découvrir l'association par l'élaboration des recommandations. Elle m'a permis d'entrevoir les valeurs de l'Alfediam paramédical tant humaines, relationnelles, professionnelles et de valorisation du travail de l'Autre. Dans un second temps, je remercie chaleureusement Jocelyne BERTOGLIO pour son investissement et le travail réalisé pour l'Association. Merci à tous pour votre implication quotidienne auprès des patients et au sein de l'association.

A très bientôt à Bruxelles.

N° 46
HIVER 2007-2008



SOMMAIRE

Page 1 : Editorial
Par Catherine HERDT

Page 2 : Journée
d'automne à PARIS
Brigitte HAIBLET

Page 3: L'amputation des
pieds diabétiques est-elle
inévitable?
Dr Sylvaine CLAVEL

Page 6: Syndrome d'apnée
du sommeil et prise en
charge chez le diabétique de
type 2
Dr Sandrine DAENEN

Page 7: Contribution de
l'équipe d'infirmières à la
lutte contre du diabète de
type 2
Equipe HEGP - Paris

Page 8: La place des
infirmières libérales des
Pyrénées Orientales dans la
prise en charge du pied
diabétique
Mme MONTEVERDE

JOURNEE D'AUTOMNE

Vendredi 23 Novembre 2007 - PARIS

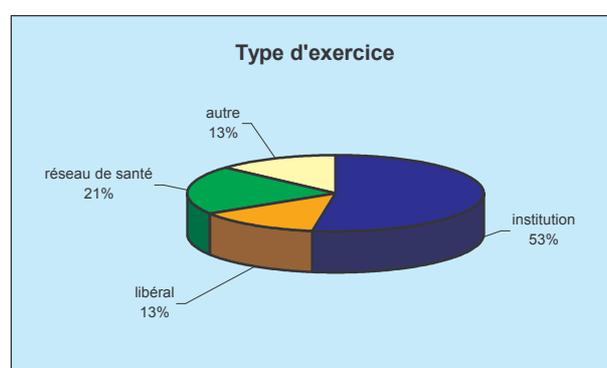
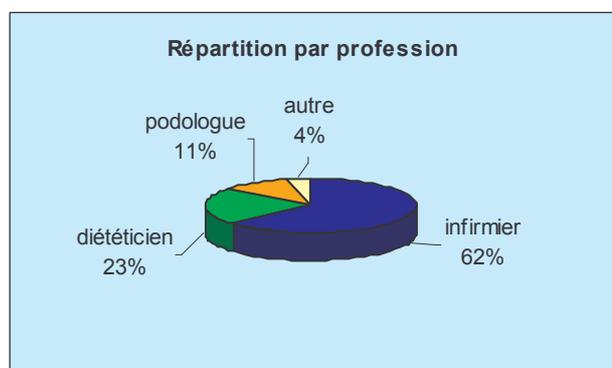
Cette année la journée d'automne a eu lieu à « La Maison de la Chimie » Paris VIIème.
Le thème choisi a été

Le Métabolisme dans tous ses états...

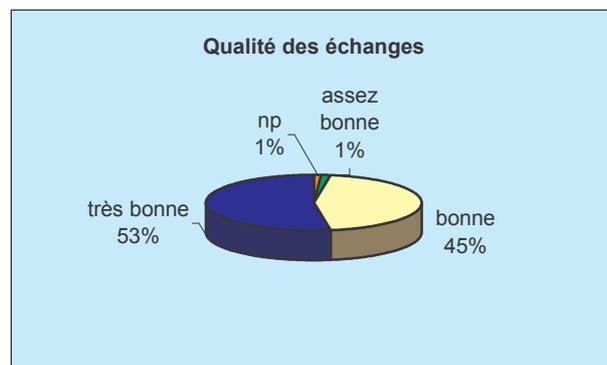
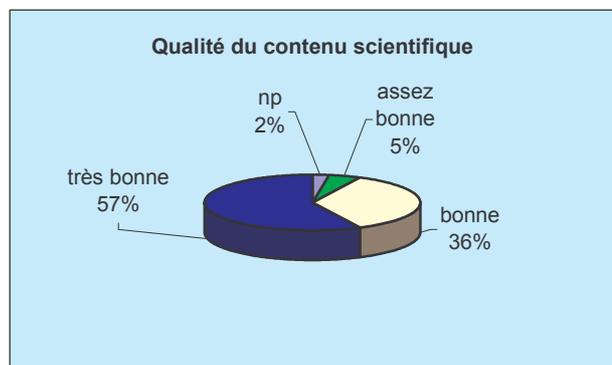
Nous avons construit la journée autour de thèmes comme la malbouffe, le syndrome de l'apnée du sommeil, l'amputation et le pied neuropathique, les traitements nouveaux et la qualité de vie, les dyslipidémies, les tissus graisseux, l'Afssaps, les antagonistes des endocannabinoïdes, le concours Abott...

La journée a rassemblé près de 200 soignants répartis par :

- Profession : diététicien, infirmier, podologue, autre.
- Type d'exercice : libéral, institution, réseau de santé, autre.



Les participants ont apprécié la diversité des interventions et la qualité de leur contenu.



54% d'entre eux au travers d'un retour du questionnaire d'évaluation a défini ses préférences de la journée, et ses attentes de sujets à aborder pour les futures journées.
Parmi la récolte des quelques 39 (!) thèmes souhaités, certains seront abordés lors de la journée 2008.

Nous vous proposons quelques résumés de la journée d'automne.

Rendez-vous le 21 NOVEMBRE 2008 A NANCY pour la prochaine Journée d'automne de l'ALFEDIAM Paramédicale.

L'AMPUTATION DES PIEDS DIABÉTIQUES EST-ELLE INÉVITABLE ?

Dr Sylvaine CLAVEL
Fondation Hôtel Dieu Service de Diabétologie Le Creusot

Les troubles trophiques podologiques en diabétologie sont des complications fréquentes aux conséquences médico-socio-économiques majeures.

- 15% des diabétiques développeront un ulcère
- 15% des ulcères plantaires diabétiques développeront une ostéomyélite ;
- 15% des ulcères plantaires diabétiques se termineront par une amputation (loi des « 15 »)
- 50% des amputations non traumatiques sont estimés en rapport avec le diabète.
- 20 à 25 % des diabétiques consulteront au moins une fois dans leur vie pour une lésion d'un pied...

Pourquoi une telle fréquence ?

1. le silence

La neuropathie des membres inférieurs est le principal facteur favorisant les troubles trophiques podologiques en diabétologie, $\frac{3}{4}$ des pieds diabétiques amputés sont atteints d'une neuropathie; le facteur macro angiopathique favorise isolément à 10 à 30% des cas et accompagne la neuropathie dans la moitié des cas. Tout traumatisme entraînant une blessure, toute infection sous jacente sur un pied neuropathique passeront inaperçus...

2. la négligence

Le silence de la pathologie engendre la négligence du soignant à ne pas examiner systématiquement à chaque consultation les pieds de ses patients diabétiques et la négligence du patient à ne pas s'alerter devant une plaie indolore; tout retard compromet l'évolution future de la plaie.

3. la banalité et l'ignorance des facteurs

Chaussures, semelles inadéquates, mycoses, microtraumatismes répétés, soins de salle de bain... déclenchant blessures, frottements, ulcérations...sur un pied « fragilisé » par la neuropathie.

Comment diminuer cette fréquence ?

70 à 90 % des amputations non traumatiques sont précédées d'un mal perforant plantaire...34 % des patients ayant eu un mal perforant plantaire développent un nouvel ulcère 1 an plus tard...61% 3 ans... 70% 5 ans plus tard... Éviter les lésions podologiques c'est éviter les facteurs favorisants (équilibre du diabète, contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire) et éviter les facteurs déclenchant par une éducation ciblée et spécifique des patients et des soignants lorsque les facteurs favorisants sont installés : apprentissage du patient ou de son entourage au

port de chaussettes, chaussures et semelles adéquates ; à la détection des zones d'hyperkératose, de frottements, de mycose, aux soins de salle de bains.

Pourquoi éviter d'amputer ?

Le taux de mortalité post opératoire est élevé: 10% de mortalité 30 jours après amputation, 50 % 30 mois plus tard ainsi que le taux de reprise chirurgicale : 90% des patients ont une nouvelle amputation dans les 36 mois qui suivent une première amputation.

D'autres chiffres confirment ce taux élevé de mortalité en péri opératoire, à 1 an, à 3 ans et à 5 ans et soulèvent le coût financier élevé d'une amputation. Les conséquences psychologiques, sociales et familiales sont par ailleurs dramatiques.

Comment éviter d'amputer

1. Le traitement local

1.a La détersion

La préparation du lit de la plaie est indispensable pour déclencher le processus de cicatrisation et faciliter l'effet des produits utilisés. Le débridement doit permettre d'enlever les tissus nécrotiques et fibreux, l'hyperkératose, les séquestres osseux de façon progressive si possible de façon hebdomadaire et méticuleuse sans traumatiser le lit de la plaie, par un opérateur entraîné à l'aide de bistouris et / ou pinces. Les détersions osmotiques (sérum salé, sucre, miel) et auto lytiques (sang) peuvent être utilisées en complément de la détersion mécanique ; par contre la détersion biologique (asticot) est très efficace mais encore peu utilisée pour des raisons de réticences des soignés mais surtout des soignants.

La présence d'ostéite ne signifie plus systématiquement amputation, de nombreuses études démontrent l'efficacité d'un traitement médical.

1.b La décharge

La redistribution des charges plantaires est indispensable dès qu'il existe une pression chronique répétée, troubles statiques engendrés par la neuropathie. **Tout mal perforant plantaire non en décharge peut être considéré comme non traité quelque soit le protocole de soins locaux proposés** La décharge doit prendre en considération les capacités de mobilité du patient, son adhésion à cette décharge et ses conditions de vie :

- Bottes en résine fenêtrée avec talonnettes d'appui et calfeutrage intérieur
- attelles amovibles avec étrier plantaire si la compliance du patient est bonne.
- fauteuil roulant
- bottes de décharge amovible de type aircast walker
- chaussures de décharge pour les talons ou pour l'avant pied leur indication dépend de la compliance du patient, de ses possibilités à marcher avec ce type de chaussures nécessitant béquilles (attention : ce ne sont pas des chaussures pour faire de la marche !)
- semelles orthopédiques avec des composés thermo formables (ex: plastazote) en préventif pour le pied controlatéral à risque.

1.c L'immobilisation des articulations inter phalangiennes et métatarso-phalangiennes concernées par l'affection est indispensable en utilisant bandes hypoallergiques adhésives, compresses et en évitant tous matériaux, plis ou aspérités pouvant blesser. **Tout montage de décharge et d'immobilisation doit être réévalué à très court terme, le ressenti du patient ne devant pas être l'unique et attendu signal d'alerte.**

1.d La momification

L'obtention d'une nécrose sèche d'un ou plusieurs orteils, ou d'un segment d'orteil permet une autoamputation d'une phalange ou d'un orteil respectant en particulier la statique du pied.

1.e La revascularisation

La revascularisation peut être nécessaire si la neuropathie s'associe à une macroangiopathie.

1.f Les nouvelles thérapeutiques

Malgré un traitement local adéquat, certaines plaies restent chroniques, d'autres traitements locaux peuvent être proposés :

➤ Facteurs de croissance :

Le PDGF recombinant (bécaplermin) pour plaies peu profondes de surface limitée $\leq 5 \text{ cm}^2$. Le gel plaquettaire autologue utilisé dans 50 plaies sévères profondes podologiques chroniques non infectées avec succès. D'autres études sont en cours avec d'autres protocoles.

➤ Substituts cutanés à partir de cultures de cellules dermiques, épidermiques ou mixtes.

Les résultats semblent intéressants mais le coût et l'absence de critères d'application définis de façon précise, limitent pour l'instant leur utilisation.

➤ Autres approches :

L'utilisation d'électrostimulation péri lésionnelle, d'oxygénothérapie, du Vaccum Assisted Closure, du traitement hyperbar (hyperbaric oxygen therapy) et du traitement « topical radiant heat » nécessitent d'autres études pour en préciser l'efficacité et les modalités d'application.

2. Le traitement général

2.a Le traitement du diabète

L'équilibre glycémique est indispensable, la fonction leucocytaire est altérée par l'hyperglycémie chronique. L'état général est important à prendre en considération : l'hypoprotéinémie doit être corrigée, l'arrêt du tabac est indispensable.

2.b L'antibiothérapie

L'infection est une conséquence mais non une cause de l'ulcération. Pour affirmer la présence d'une infection, une définition communément acceptée est la présence de signes généraux cliniques (fièvre, hyperleucocytose..) ou d'écoulement de liquide purulent ou d'au moins 2 signes locaux que sont la rougeur, la chaleur, la douleur, l'œdème. L'infection est généralement poly microbienne, incluant anaérobies et aérobies. Les prélèvements de tissus profonds peuvent être proposés mais les prélèvements superficiels sont inutiles. Aucun consensus n'existe pour définir les critères permettant d'affirmer une ostéite. Radiographies, scanner et IRM peuvent aider si les signes cliniques d'infection sont présents mais isolément ils ne sont pas reconnus comme suffisants. La biopsie osseuse avec culture est le golden standard mais n'est pas à effectuer systématiquement. Il s'agit d'une procédure invasive et coûteuse.

Dans la majorité des cas le test fréquemment utilisé est la recherche d'un choc osseux par un guide métallique (Probe-to-Bone Test : PBT) dans la plaie, examen simple et peu coûteux dont la valeur prédictive est bonne lorsque utilisé à bon escient. Le choix de l'antibiothérapie est largement basé sur l'expérience clinique et la sévérité de l'infection. Les antibiotiques de large spectre sont communément utilisés (clindamycine, céphalexine, ciprofloxacine, amoxicilline-clavulinique, imipénème-cilastine, ampicilline-sulbactam, piperacilline-tazobactam). Les staphylocoques aureus méthicilline résistants (MRSA) sont fréquemment traités avec des glycopeptides (teicoplanine et vancomycine), parfois des sulfamides comme le triméthoprime, de la rifampicine, de l'acide fusidique ou de l'oxazolidinone ou linézolide en fonction de la sensibilité du MRSA. Traitement oral versus parentéral : peu d'études mais de plus en plus d'antibiotiques puissants de haute biodisponibilité

par voie orale permettent de réduire ou d'éliminer la période IV.

La durée de l'antibiothérapie doit prendre en considération la sévérité de l'atteinte : infection des tissus mous 2 semaines, des tissus osseux 4, 6 à 8 semaines. Un mal perforant non infecté n'a pas besoin d'être traité par antibiotique.

2.c Le soutien psychologique et participation active du patient

Il est indispensable que le patient prenne part au choix thérapeutique, il doit en connaître les aboutissants, les risques, les contraintes et les bénéfices ; le patient doit rester acteur de sa santé. Un choix concerté est le meilleur garant d'une adhésion au traitement.

Evaluation du coût humain et du coût financier

doit toujours être un préalable avant de choisir un traitement

1.a L'évaluation du coût humain

- Pour le patient

Éviter les hospitalisations prolongées dont les risques sont d' « épuiser » psychologiquement le patient et d'accentuer le risque d'infections nosocomiales.

- Pour le personnel paramédical hospitalier et libéral Informer Eduquer Echanger

⇒ Pansement simple et reproductif

⇒ Protocole descriptif et précis

⇒ Dossier partagé commun

2.b L'évaluation du coût financier

- produits et matériels non remboursés à la charge du patient si soins ambulatoires
- durée moyenne de séjour hospitalier

La constitution de réseau multidisciplinaire (ex : réseau PréRéDiab) permet de répondre à ces attentes en formant et en sensibilisant les professionnels de santé médicaux et paramédicaux dans le but de favoriser une prise en charge ambulatoire précoce et efficace, en tentant d'obtenir des mesures dérogatoires pour le remboursement de produits non remboursés en ambulatoire dans le but de favoriser les soins ambulatoires malgré la sévérité des troubles trophiques sévères.

En conclusion pour sauver de l'amputation les pieds diabétiques la prise en charge globale concertée des médicaux et paramédicaux est indispensable mais chaque acteur doit être convaincu que la patience est la vertu stratégique qui donne au temps sa chance....qui fait accepter un présent inachevé....qui demande persévérance et constance....qui impose l'écoute de l'autre...

Mal perforant plantaire avec ostéite 5ième tête métatarsienne.

Soins ambulatoires: détersion,
attelle amovible, antibiothérapie 8

séquestre osseux enlevé, décharge par
semaines



Syndrome d'apnée du sommeil et prise en charge chez le diabétique de type 2

Dr Sandrine DAENEN
Fondation Hôtel Dieu - Le Creusot

La prévalence du diabète de type 2 (DT2) est en constante augmentation (3,6% en 2005) et on tend vers une épidémie mondiale : on estime cette prévalence en 2025 à plus de 9% liée principalement à l'augmentation de la prévalence de l'obésité en relation avec la sédentarité, le type d'alimentation et les conditions socio économiques actuelles). Le DT2 est marqué par une nette augmentation de la morbi mortalité cardiovasculaire (CV).

Le **syndrome d'apnée du sommeil (SAS)** est défini à l'obstruction itérative, complète (apnée) ou partielle (hypopnée), des voies aériennes supérieures durant le sommeil. Il concerne 5% de la population générale. Sa sévérité est basée sur l'index d'apnée hypopnée (IAH) évalué par heure de sommeil. Le SAS se manifeste la nuit, par des ronflements et des épisodes d'apnée et le jour, par une somnolence, des troubles de l'humeur et/ou des troubles de l'attention pouvant entraîner des AVP. Le SAS, favorisé et aggravé par l'obésité, est également marqué par une augmentation de la prévalence des complications CV.

SAS et insulinorésistance (IR) : de plus en plus d'études montre une corrélation entre le SAS et l'IR et ce, indépendamment de l'obésité et de son caractère androïde.

SAS et syndrome métabolique (SM) : la prévalence du SM augmente avec la présence et la sévérité du SAS. Presque 50% dans une étude regroupant 819 DT2 japonais, principalement des hommes. Dans cette même étude, était également mise en évidence une augmentation de la prévalence de l'HTA, de la dyslipidémie, de l'hyperglycémie modérée à jeun. Cette relation apparaissait indépendante de l'obésité viscérale. Les auteurs montraient également que plus l'IAH était élevé et plus il y avait d'éléments du SM.

SAS et DT2 : plusieurs études sont là encore concordantes, avec mise en évidence d'une augmentation du risque relatif de DT2 chez les patients atteints de SAS. C'est le cas de la

Wisconsin Sleep Cohort qui note une prévalence du DT2 de 15% chez les porteurs de SAS et elle apparaît d'autant plus élevée que le SAS est sévère.

DT2 et SAS : des études récentes ont également montré une augmentation du risque de SAS chez des patients DT2, et ce indépendamment de l'âge, du sexe, de l'IMC et du tour de taille. Ces résultats ont également été retrouvés dans une étude que nous avons réalisée au sein du service de diabétologie de l'Hôtel Dieu de Paris puisque 42% des patients DT2 avait un SAS dont 10% de forme sévère. 21% des patients DT2 atteints de SAS avaient un IMC $\leq 25\text{kg/m}^2$ et pour 7% d'entre eux, le SAS était sévère.

SAS et Cpap : la ventilation en pression positive continue (Cpap) est le traitement de première intention du SAS. Elle améliore la symptomatologie clinique, les facteurs de risque CV qui en découlent. Mais elle améliore également le métabolisme glucidique que ce soit au niveau de l'insulinorésistance, de l'intolérance glucidique ou au stade de DT2 avéré.

En conclusion : le SAS et le DT2 partagent le même terrain, les mêmes risques CV. Tous 2 sont importants en terme de santé publique, notamment par leurs différentes caractéristiques. De plus, le traitement du SAS peut interférer de façon positive sur le métabolisme glucidique. D'autres études, à plus grandes échelles sont cependant nécessaires, pour valider des dernières données.

Contribution de l'équipe d'infirmières à la lutte contre l'épidémie de diabète de type 2

Christiane Garcia, Joëlle Kono Manga, infirmières
Dr Roxane Ducloux, Pr Jean-Jacques Altman
Service de Diabétologie-Endocrinologie-Nutrition
Hôpital européen Georges Pompidou - Paris

Le diabète touche les yeux, les vaisseaux, les reins, les nerfs, les pieds... et aussi les enfants. Informer les patients des risques de complications reste très important mais éviter à leurs enfants le risque de développer la maladie est essentiel.

Infirmières en hôpital de semaine au sein d'une équipe pluri disciplinaire, nous prenons en charge des patients diabétiques de type 2 pour bilan et éducation thérapeutique.

Ces patients hospitalisés sont dans la plupart des cas au stade des complications, ce qui nous a motivées pour mettre en place une démarche de prévention « à la source » en ciblant leurs enfants à haut risque.

Nous avons instauré depuis plusieurs semaines un entretien personnalisé avec chaque patient concerné au cours duquel nous évoquons les facteurs génétiques et environnementaux à l'origine de cette pathologie.

Dès l'accueil dans le service, nous informons le groupe de notre démarche. Lors de l'entretien personnalisé, nous recensons leurs enfants en précisant leur âge, leur corpulence, leurs habitudes de vie. Nous leur rappelons le risque encouru pour leurs enfants, les règles hygiéno-diététiques de prévention du diabète de type 2, la nécessité du dépistage, et leur remettons un outil de prévention destiné à chacun de leurs enfants.

Quelques semaines plus tard, avec leur consentement, nous évaluons l'efficacité de cette intervention par un appel téléphonique.

Les premiers résultats sont très encourageants puisque tous les patients concernés ont souhaité participer à cet entretien et ont accepté l'idée d'en parler à leurs enfants (60 patients et 132 enfants concernés).

Nous avons réussi à joindre téléphoniquement 38 patients pour 99 enfants concernés et 27 de

ces patients nous ont assuré qu'ils avaient relayé le message à leurs enfants avec un écho souvent positif soit 72 enfants informés du risque et des moyens de prévention. (37%).

Un des objectifs serait de pouvoir évaluer le nombre de dépistages qui sera effectivement réalisé. Idéalement il faudrait évaluer à long terme la prévalence du diabète dans la nouvelle génération en fonction de la transmission ou non des informations de prévention.

Grâce au soutien de l'équipe médicale et aux premiers échos enthousiastes des patients, nous avons décidé de continuer avec quelques nouvelles pistes de réflexion.

- 1- nécessité d'une information précoce dès la découverte du diabète de type 2.
- 2- Création d'une chaîne de prévention : médecin généraliste/diabétologue/autre spécialiste/infirmière.
- 3- Signalisation de la démarche de prévention dans le compte rendu d'hospitalisation.
- 4- Diffusion de l'outil de prévention sur notre site Internet : <http://hegp.aphp.fr/diabeto>

Malgré quelques difficultés rencontrées d'ordre culturel ou confidentiel pour le patient et malgré l'aspect chronophage de cette activité complémentaire à la semaine d'éducation, nous nous attachons chaque semaine à toucher le maximum d'enfants car lutter contre l'épidémie du diabète de type 2 est **la priorité de notre équipe.**

La population diabétique dans le département des Pyrénées Orientales est plus importante que la moyenne nationale. Elle est estimée à environ 11000 patients. Elle est également plus âgée. Les complications diabétiques peuvent être ralenties voire évitées par une prise en charge pluridisciplinaire optimisée précoce. Vingt à 25 % des diabétiques consulteront au moins 1 fois dans leur vie pour une lésion du pied et 5 à 10 % des diabétiques subiront un jour une amputation d'un orteil, de pied ou de jambe.

L'infirmière libérale est au cœur de la prise en charge des patients diabétiques ; elle doit pouvoir profiter de la proximité, de l'intimité des soins à domicile pour avoir un rôle actif dans la prévention et le dépistage des patients à risque podologique.

L'importance des lésions de pied chez le diabétique a incité notre équipe à s'interroger sur la qualité de la prise en charge primaire dans notre département.

Nous avons adressé un questionnaire spécifique à 50 infirmières libérales de notre département afin de mieux cerner leurs connaissances, leurs pratiques et leurs besoins spécifiques dans la prise en charge du pied diabétique.

Quelques résultats

44% des infirmières interrogées ont entre 5 et 10 diabétiques dans leur clientèle (20% en ont plus de 10). Seulement 22% proposeront spontanément d'examiner les pieds de leurs patients. 2/3 des infirmières ont un patient diabétique présentant une plaie de pied au moment du questionnaire. Ce taux est anormalement élevé mais correspond à celui noté par les médecins généralistes qui ont également répondu à un questionnaire ciblé.

Leurs patients ont un moyen de décharge de la plaie 1 fois sur 2 et l'infirmière est le plus souvent à l'origine de la prescription par le médecin généraliste. Mais, 1/3 des IDE ne connaît pas la notion de décharge d'une plaie.

L'évaluation de la plaie est visuelle chez 54% des infirmières (colorielle, surface, calque). 84% des infirmières estiment avoir le matériel nécessaire à la réfection des pansements à domicile, et 82% assurent réaliser la détersion mécanique de la plaie.

Seules 28% ont une ordonnance détaillée du protocole de soins (20% jamais) ; elles initient le

choix du pansement dans 41% des cas et proposent une modification de ces pansements dans 64% des cas.

Discussion

Nous avons constaté, avec notre enquête, une différence d'appréciation avec notre réalité de terrain. Les explications sont multiples :

- absence de langage commun sur l'évaluation des différents types de plaie
- une terminologie non maîtrisée
- défaut de cohérence sur le soin spécifique
- absence de coordination décisionnelle médecin généraliste / infirmière
- incompétence comme le déclarent 44% des IDE interrogées.

La plupart des besoins infirmiers sont : avis ponctuel d'expertise (37%), formation spécifique (30%), guide des pansements (22%), ordonnance-type (11%). Mais 84 % des soignants interrogés demandent un avis ponctuel d'expertise !

Conclusion

Notre enquête a révélé les limites d'une prise en charge optimale des patients diabétiques porteurs d'une plaie ou à haut risque podologique .

L'infirmière libérale est un partenaire privilégié et indispensable dans la prise en charge des plaies de pied diabétique. Cet acteur de proximité doit bénéficier d'une relation privilégiée avec les soignants médicaux (médecin généraliste et diabétologue).

Il est indispensable d'intégrer ces partenaires paramédicaux dans des programmes de formation de prévention primaire, secondaire et dans la coordination des soins. Ils sont à définir ensemble, en proposant des offres de soins adaptées à leur pratique quotidienne.

Il est nécessaire de motiver les bonnes volontés et de reconnaître la qualité des soins prodigués. Devant l'augmentation annoncée du nombre des diabétiques et la problématique du temps

médical réduit, le transfert des compétences vers les paramédicaux semble l'option prioritaire pour améliorer la prise en charge globale du patient diabétique.

Éducation ambulatoire de patients diabétiques de type 2 : une approche ciblée sur la culture alimentaire.

D. Romand ; V. Guillon ; A. Ander ; M. Riahi ;
C. Bouche ; P. Vexiau ;
Service de diabétologie Hôpital SAINT LOUIS (Paris)

Les modifications de comportements, indispensables dans le traitement du diabète de type 2, restent difficiles à mettre en place pour la majorité des patients, et les notions de maladie chronique, de suivi, et de prévention, mal acceptées ou mal comprises.

Les professionnels de santé cherchent continuellement à développer des modèles d'information et d'éducation thérapeutique ciblés sur ces problématiques et accessibles pour tous les patients.

C'est dans ce contexte que le service de diabétologie du Pr Vexiau a répondu à un appel d'offre dans le cadre du Plan diabète, pour mettre en place des sessions d'éducation de groupe, en ambulatoire, centrées sur l'origine ethnique, la culture, et principalement le mode d'alimentation des patients diabétiques de type 2. L'objectif étant de mieux répondre aux besoins spécifiques des patients d'origine étrangère, et ainsi de favoriser une meilleure prise en charge de la maladie. Le financement de ce projet a permis la création d'une vacation médicale, d'un poste infirmier plein temps et d'un poste diététicien mi-temps.

Deux à trois fois par mois des groupes de patients, réunis en fonction de leur culture alimentaire, suivis en ville ou à l'hôpital, sont accueillis, deux jours consécutifs en hôpital de jour. Ils ont la possibilité de venir accompagnés d'une personne de leur entourage. Au cours de réunions animées par un médecin une infirmière et une diététicienne les patients sont invités à échanger sur leur vécu, leurs comportements, leurs connaissances et représentations sur le diabète, à l'aide de supports interactifs. Un atelier de cuisine thérapeutique permet une autoévaluation des pratiques culinaires et des quantités d'aliments consommées par chaque participant, en fonction des connaissances acquises. Les recettes sont choisies et réalisées par les patients. A l'issue de ces deux journées, chaque patient se fixe un à deux objectifs de modification de comportement pour améliorer sa prise en charge. Ils sont ensuite invités, 6 mois plus tard pour une demi-journée, afin d'évaluer le retentissement de ces interventions sur leur vécu, la réalisation de leurs objectifs et les résultats biologiques et cliniques.

A ce jour 91 patients (51 hommes et 40 femmes, âgés de 56 ± 9.5 ans), diabétiques de type 2 depuis 8 ± 7 ans, ont participé à ces « rencontres autour du diabète » : 9 groupes « mixtes », 4 groupes « Afrique subsaharienne », 4 groupes « Maghreb », 1 groupe « Inde » et 1 groupe « Israélite ». Ils se sont fixé des objectifs qui concernent pour 41% l'alimentation, 28% l'activité physique, 26% la perte de poids, 5% le suivi et la surveillance. L'évaluation en cours montre, pour les 55 premiers patients revus uniquement en consultation, une amélioration significative de l'HbA1c (8.15 vs 7.13% $p = 0.003$), pas de variation significative du poids (88.08 vs 88.17 kg). Pour les 18 patients qui ont assisté à la reconvoction, la perte de poids est significative (88.28 vs 85.73 kg $p = 0.05$) ainsi que celle de l'HbA1c (7.31 vs 6.96% $p = 0.001$). Concernant les objectifs fixés : 4 ne s'en souvenaient pas, 7 les ont réalisés, 3 partiellement et 8 n'en ont pas tenu compte.

Cette approche semble entraîner une amélioration de la prise en charge du diabète, notamment par une amélioration de l'HbA1c. La perte de poids serait corrélée à l'implication des patients dans le suivi éducatif. Ces résultats encourageants doivent nous inciter à proposer aux patients des modes d'éducation et d'information de plus en plus centrés sur les spécificités de leurs demandes et de leur mode de vie.

Jeudi 27 mars 2008

« LE DIABÈTE EN EUROPE »

APPLICATIONS PRATIQUES DES DONNÉES DE L'OMS

8h45 • 12h 30

Auditorium 500

• **8h45 Ouverture**

M. BUYSSCHAERT (Bruxelles), C. FOUQUET MARTINEAU

Modérateur : C. CALIMAN

• **9h00 Histoire du diabète et épidémiologie** - G. SLAMA (Paris)

• **9h30 Regards sur les traitements du diabète en Europe**

S. SIGRIST (Centre Européen d'Etudes du Diabète - Strasbourg)

• **11h00 Table ronde**

La prise en charge du patient diabétique : 20 ans après la déclaration de l'OMS...

Modérateurs : B. CANIVET et M-L. COTTEZ

S. HALIMI, Président de l'ALFEDIAM

F. ROSSI, Présidente de l'Association des diététiciens de langue française

A. FELTON, Présidente de la FEND

G. RAYMOND, Président de l' AFD

12h30 • 13h30

Assemblée générale des membres

Amphi 2000

14h30 • 17h00

Auditorium 500

Modérateurs : C. HERDT et N. MASSEBOEUF

• **14h30 Programme GDD2 (Prix Lilly 2007)**

M. BAUDOT (Paris)

• **14h45 La triviale poursuite du diabétique**

(Prix Novo Nordisk 2007)

V. GRIMALDI (Toulon)

• **15h00 Dépistage systématique de la micro angiopathie couplée à l'éducation thérapeutique** (Prix Roche Diagnostic 2007)

C. WEIGEL (réseau Altkirch)

• **15h15 Table ronde**

Le diabète en Europe : expériences personnelles

Modérateur : A. GRIMALDI (Paris)

G. CECHETTO, Présidente ANDID (Italie)

E. GIL ZORZO (Espagne)

C. JACOBS (Belgique)

V. SCHARWZ (Suisse)

• **16h15 Communications orales 1**

• **16h30 Communications orales 2**

Clôture

C. FOUQUET MARTINEAU et J. BERTOGLIO



Palais des congrès – HEYSEL, Bruxelles

AGENDA 2008

Mars 2008

Congrès National ALFEDIAM Bruxelles

25-28 Mars

www.alfediam.org

Juin 2008

Journées d'Etudes de l'ADLF – La Rochelle

5-7 Juin

www.adlf.org

Octobre 2008

33èmes Entretiens de Podologie – Paris

24 et 25 octobre

www.fnp-online.com

Novembre 2008

Salon Infirmier Paris

5-7 Novembre

www.salon-infirmier.com

Salon du Diabète Paris

14-16 Novembre

www.afd.asso.fr

JA ALFEDIAM Paramédical Nancy

21 Novembre

L'ALFEDIAM Paramédical remercie pour son soutien



Edité par l'ALFEDIAM Paramédical
88 rue de la Roquette – 75011 Paris
secretariat@alfediam.org

www.alfediam.org

Responsable de Publication : Caroline MARTINEAU
Rédacteurs en Chef : Martine SAMPER – Ivano MANTOVANI