

Editorial

JOCELYNE BERTOGLIO
AMINISTRATEUR DE L'ALFEDIAM PARAMÉDICAL

C'est avec plaisir que j'ai accepté de rédiger cet éditorial qui vient en quelque sorte conclure mon mandat au poste de présidente du Comité Scientifique.

Au congrès de Nice en mars 2004, j'ai repris le flambeau d'une équipe menée par Patricia Cohen Solal qui avait déjà placé la barre très haut.

Durant ces quatre années j'ai essayé de poursuivre dans ce sens, en travaillant en collaboration avec les membres du Comité Scientifique qui se sont succédés et que je tiens encore une fois à remercier, sans oublier le bureau de l'ALFEDIAM Paramédical Ensemble nous avons essayé de proposer des programmes scientifiques répondant nous l'espérons au mieux, aux besoins et aux attentes des soignants.

Au fil des congrès et des programmes, des thèmes qui me tenaient particulièrement à cœur ont été retenus comme par exemple le diabète inaugural à Montpellier, le diabète et la femme à Paris, le sport à Marseille et plus récemment à Bruxelles le diabète en Europe.

Nous avons également eu le plaisir de réaliser les programmes des journées paramédicales lors de congrès médicaux comme celui de la Société Française d'Endocrinologie à Montpellier en 2006 ou encore de la Société Nationale Française de Médecine Interne à Narbonne en 2007.

La pathologie chronique nécessite une approche globale du patient ainsi qu'une prise en charge pluridisciplinaire des soignants. Pour cette raison, mon souci permanent ainsi que celui de l'ALFEDIAM paramédical a toujours été de donner la parole durant ces journées à chacun des acteurs de santé impliqués directement ou indirectement dans la prise en charge du diabète : médecins, infirmières, diététiciennes, podologues, mais aussi orthoprothésistes, psychologues ou encore aide soignants.

Aujourd'hui la présidence du Comité scientifique est assurée par Catherine Herdt, infirmière respectant ainsi l'alternance entre les deux professions à qui je souhaite bonne route ainsi qu'à sa nouvelle équipe

Mon attachement à l'ALFEDIAM paramédical se poursuit au travers de mon nouveau poste de secrétaire générale adjointe au sein du bureau

N°48
Été 2008



Sommaire

Editorial:

Jocelyne BERTOGLIO

Page 1 :

Le Trivial Poursuite du diabétique.
Equipe d'Endocrinologie du CH de Toulon-La Seyne

Page : 3

Communication sur le risque lié à un arrêt de perfusion lors d'un traitement par pompe à insuline externe.

Afssaps

Page 6 :

La prise en charge du patient diabétique : 20 ans après la déclaration de l'OMS
Table Ronde de la journée des paramédicaux de Bruxelles 2008

Page 11 :

Ordre Infirmier
Danielle DURAIN

Page 12 :

Composition des Instances de l'ALFEDIAM Paramédical



Création d'un outil d'éducation thérapeutique
Le Trivial Poursuite du Diabétique.
Service d'Endocrinologie du Centre Hospitalier
Toulon- la Seyne (France)

Véronique Grimaldi (1) ; Lydie Regat (2) ;
Elisabeth Beedassy (3) ; Véronique di Costanzo (4)

Force est de constater que depuis son origine, la profession, d'infirmière a évolué. De simple exécutante, elle est devenue un véritable acteur de santé incontournable. C'est dans cette dynamique que, depuis 1997, les équipes pluridisciplinaires du service (médecins, IDE, diététiciennes, secrétaires, kinésithérapeutes), en étroite collaboration, ont mis en place des programmes éducatifs.

En 2006, nous avons ajouté une note ludique à l'éducation thérapeutique en concevant le Trivial Poursuite du Diabétique.

Notre but était de rompre la routine éducative et fixer l'attention voire la mémoire du patient, saturée par la multitude des informations qui lui sont délivrées.

Cet outil ludique s'intègre parfaitement dans une démarche pédagogique active au travers des questions-réponses, et induit une évaluation et un renforcement des connaissances ainsi qu'une meilleure intégration des nouvelles acquisitions. Mis en situation de « crises fictives », le patient appuie ses décisions grâce à cet outil.

Le jeu se pratique comme suit, selon des règles simplifiées : le meneur de jeu est toujours un professionnel (IDE diététicienne, médecin, voire plusieurs intervenants).

Les principes sont comparables au jeu homologue du commerce, avec quelques modifications le rendant plus maniable dans le cadre d'un séjour hospitalier.

Tous les thèmes référents l'activité de service y sont traités, et identifiés sur les cases du plateau par différentes couleurs, en lien avec les 600 questions.

- Les objectifs sécuritaires et spécifiques
- Les pompes à insuline
- L'insulinothérapie fonctionnelle
- Le pied diabétique
- Les complications du diabète
- La diététique

Chaque séance a fait l'objet d'une évaluation, à l'origine des réajustements apportés à notre concept. Ainsi, quelques règles ont été modifiées au fur et à mesure de sa mise en place :

- Afin de ramener la durée de la séance à une heure (activités personnelles des patients, saturation d'informations), toute bonne réponse entraîne le gain d'un camembert. Le patient peut choisir sa couleur et a droit à 2 jokers. Toutefois, pour prétendre gagner, les joueurs doivent obtenir toutes les couleurs.
- Les groupes sont hétérogènes et non plus en fonction de leur particularité (patients porteurs de pompes, pratiquant l'insulinothérapie fonctionnelle...). De ce fait, ce sont les patients entre eux qui s'apportent des informations supplémentaires à travers leurs expériences, ce qui entraîne un questionnement et une meilleure intégration pour les autres participants (dynamique de communication)
- Les participants sont répartis en un minimum de 3 équipes de 2 personnes, afin de ne pas mettre un patient en situation d'échec face au groupe.

L'évaluation en termes de résultats de ces nouvelles techniques d'éducation est

désormais également impérative.

Au cours des séances, 32 patients ont donc été évalués à ce jour, dont 5 entre 10 et 19 ans, 12 entre 20 et 39 ans, 13 entre 40 et 59 ans, et 2 de 60 ans ou plus, autant de femmes que d'hommes.

Tous bénéficiaient d'un schéma basal – bolus à base d'analogues de l'insuline, voire de pompes externes. 2 avaient moins d'un an de diabète, 5 entre 1 et 5 ans, 5 entre 5 et 10 ans, et 20 plus de 10 ans.

Les règles ont paru tout à fait compréhensibles à 22 patients, plutôt compréhensibles à 8, et peu claires à 2 ; la durée du jeu, volontairement restreinte à 1h, a satisfait 29 patients. Ils ont très majoritairement acquis des connaissances (26 patients, contre 3 non), notamment grâce aux échanges (31 patients), et les résolutions des problèmes posés leur semblent profitables dans 29 cas.

Le jeu a également été testé sur le personnel médical (internes, médecins non diabétologues) et paramédical (élèves IDE ou AS) avec succès.

Une évaluation plus fine, notamment en fonction des tranches d'âges, est en cours.

En conclusion, nos objectifs ont donc été atteints et l'évaluation a confirmé nos hypothèses ; pour véhiculer au mieux l'information, les techniques pédagogiques doivent être variées.

Cet outil, complémentaire à la démarche éducative personnalisée, engendre une dynamique de groupe, génère un gain de temps dans l'apprentissage d'informations entendues par plusieurs personnes en même temps, informations enrichies par l'expérience des autres participants. Il vient parfaitement s'intégrer dans un programme pédagogique.

- 1) IDE service d'endocrinologie et maladies métabolique de l'hôpital de Toulon-La Seyne
- 2) Diététicienne service d'endocrinologie et maladies métabolique de l'hôpital de Toulon-La Seyne
- 3) Cadre service d'endocrinologie et maladies métabolique de l'hôpital de Toulon-La Seyne
- 4) Chef de service d'endocrinologie et maladies métabolique de l'hôpital de Toulon-La Seyne

Le document suivant est le résultat d'une démarche initiée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) pour répondre à la problématique des arrêts de perfusion au cours de traitements par pompe à insuline externe signalés dans le cadre de la matériovigilance.



Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

Il ne s'agit en aucun cas d'une remise en cause des bénéfices de l'insulinothérapie par pompe à insuline externe. Cette communication a été élaborée en collaboration avec le

secteur paramédical de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (ALFEDIAM paramédical). Elle vise à informer sur la conduite à tenir en cas d'arrêt de perfusion lors d'un traitement par pompe à insuline externe.

Ce document est téléchargeable sur le site afssaps.sante.fr dans la rubrique « DM/DMDIV » (colonne de droite « liens directs »), « Dispositifs médicaux utilisés en diabétologie » (cadre « publications : synthèses & points sur »), « Pompes à insuline externes » (cadre « systèmes d'administration de l'insuline »). Un bilan des incidents et la liste des informations/recommandations diffusées sont également disponibles à cet endroit.

COMMUNICATION SUR LE RISQUE LIÉ À UN ARRÊT DE PERFUSION LORS D'UN TRAITEMENT PAR POMPE À INSULINE EXTERNE

De 2002 à 2006, l'AFSSAPS a enregistré 263 signalements d'incidents survenus lors de l'utilisation d'une pompe à insuline externe. Parmi ces incidents, 15 signalements font état du décès, d'un épisode de coma ou d'une hospitalisation en réanimation du patient.

Les cas les plus critiques correspondaient à des arrêts de la perfusion d'insuline qui n'ont pas été détectés et donc qui n'ont pas été compensés par des injections manuelles d'insuline. Cela entraîne simultanément une montée de la glycémie et des corps cétoniques et l'apparition d'une cétose voire d'une acidocétose.

Un arrêt brutal de la perfusion peut se rencontrer dans les cas suivants :

- **Dysfonctionnement de la pompe**, provoquant son arrêt, éventuellement sans alarme
- **Obstruction (par de l'air ou des agrégats d'insuline) ou couture de la canule du cathéter, sous la peau** : chez les patients ayant de faibles débits d'insuline à la pompe, le déclenchement de l'alarme de surpression pourra survenir avec un délai plus important
- **Déconnexion du cathéter et/ou sortie de celui-ci de son insertion sous-cutanée** : le seul signe d'alarme pouvant être l'écoulement de très faibles quantités d'insuline à l'odeur caractéristique au voisinage de la peau ou dans le pansement
- **Déconnexion ou mauvaise connexion au niveau de la jonction** entre le cathéter et le réservoir.
- **Présence d'air dans le réservoir et/ou la tubulure**

Il ne faut pas oublier qu'un système de perfusion d'insuline peut, à un moment donné et sans alarme, arrêter sa perfusion.

Les incidents aux conséquences cliniques graves surviennent la nuit, lorsque la surveillance de la glycémie est interrompue et que le sommeil masque d'éventuels signes cliniques. Pour éviter les conséquences cliniques graves liées à un arrêt de la perfusion non détecté, **il est indispensable de contrôler juste avant le coucher la glycémie et la concentration urinaire ou sanguine en corps cétoniques.**

Si la concentration de corps cétoniques est normale (recherche de corps cétoniques négative dans les urines ou cétonémie inférieure à 0,5 mmol/l) **ET** la glycémie inférieure à 2,5g/l (250mg/dl, 13,8 mmol/l), la perfusion d'insuline se déroule normalement.

Dans le cas contraire, la perfusion peut avoir été interrompue. Le comportement à adopter aura été défini par le médecin dans le protocole de remplacement spécifique au patient. La glycémie et la concentration urinaire ou sanguine en corps cétoniques doivent être re-contrôlées 2 heures après au plus tard.

Vous trouverez ci-après un rappel des règles simples permettant d'éviter les conséquences cliniques d'un arrêt de la perfusion.

Règles simples pour éviter les conséquences cliniques d'un arrêt de la perfusion d'insuline

- Mesurer la glycémie au moins 4 fois par jour, dont une fois au lever et au coucher et au moins dans tous les cas suivants :
 - Avant de se baigner
 - En cas de nausée
 - Avant de prendre le volant
- Mesurer la concentration urinaire ou sanguine des corps cétoniques juste avant le coucher

- Faire régulièrement un bilan avec un médecin expérimenté en pompes à insuline ou diabétologue
- Disposer en permanence des éléments suivants:
 - Un système de mesure de la glycémie (lecteur) et des corps cétoniques (bandelettes)
 - Un système de remplacement pour injection manuelle d'insuline : seringue ou stylo avec aiguille, insuline, etc.
 - Un protocole de remplacement défini par le médecin qui décrit comment assurer le traitement par injections manuelles d'insuline
 - (Un réservoir, un dispositif de perfusion de remplacement et une pile adaptés à la pompe, en cas d'absence du domicile pendant plusieurs jours)
- Vérifier l'absence de fuite au niveau du raccord à chaque changement de réservoir et de dispositif de perfusion
- Changer régulièrement le site d'insertion, le cathéter et le réservoir, au moins tous les 3 jours. Vérifier 2 heures après le changement que le système fonctionne bien (absence d'air dans le réservoir, contrôle glycémique)
- Être attentif aux signes précurseurs de l'hyperglycémie grave : soif, miction fréquente, vision floue, nausée et vomissements

En cas d'hyperglycémie importante (glycémie supérieure à 2,5g/l (250mg/dl, 13,8 mmol/l), rechercher la présence de corps cétoniques dans les urines ou mesurer le taux de corps cétoniques dans le sang

- Si la recherche de corps cétoniques est positive (supérieure ou égale à +) dans les urines ou la cétonémie supérieure à 0,5mmol/l procéder de la manière suivante :
 1. Faire une injection d'insuline par stylo ou seringue (selon le protocole défini par le médecin) et contacter le médecin ou le service d'astreinte médicale
 2. Vérifier que la pompe fonctionne (pas d'écran blanc, pas d'alarme, pas de fuite apparente), vérifier la programmation
 3. Changer le dispositif de perfusion et le réservoir et remettre la pompe en fonction.
 4. Contrôler la glycémie et les corps cétoniques 2 heures après au plus tard. En cas de présence persistante d'une hyperglycémie et de corps cétoniques, faire à nouveau une injection d'insuline par stylo ou seringue (selon le protocole défini par le médecin) et re-contacter le médecin ou le service d'astreinte médicale
- Si la recherche de corps cétoniques est négative (inférieure à +) dans les urines ou la cétonémie inférieure à 0,5mmol/l, procéder de la manière suivante :
 1. Vérifier que la pompe fonctionne (pas d'écran blanc, pas d'alarme, pas de fuite apparente), vérifier la programmation
 2. En l'absence d'élément défectueux, un bolus d'insuline à l'aide de la pompe doit être administré, selon le protocole défini par l'équipe médicale.
 3. Contrôler la glycémie 2 heures après au plus tard. En cas d'hyperglycémie persistante, changer le dispositif de perfusion et le réservoir et rechercher à nouveau la présence de corps cétoniques dans les urines ou mesurer le taux de corps cétoniques dans le sang. Si la recherche de corps cétoniques est positive (supérieure ou égale à +) dans les urines ou la cétonémie supérieure à 0,5mmol/l faire une injection d'insuline par stylo ou seringue (selon le protocole défini par le médecin). Si l'hyperglycémie persiste sans cétose, administrer un bolus d'insuline à l'aide de la pompe, selon le protocole défini par l'équipe médicale.

Dans tous les cas, contacter le médecin ou le service d'astreinte médicale

En cas de dysfonctionnement de la pompe, contacter le prestataire et **remplacer le traitement par pompe par des injections d'insuline par stylo ou seringue** jusqu'à réparation ou remplacement de la pompe, selon le protocole de remplacement rédigé par le médecin.



Rapport établi par :
Marie-Laure COTTEZ Conseil des Sages
ALFEDIAM Paramédical

Table Ronde **« La prise en charge du patient diabétique 20 ans** **après la déclaration de l'OMS »**

Le thème de la journée étant « **Le diabète en Europe** » il a semblé intéressant à notre comité scientifique de réunir dans une table ronde les acteurs principaux de la prise en charge de la maladie diabétique : Médecin, Diététicien, Infirmier et Patient afin de faire le point de cette prise en charge 20 ans après la déclaration de l'OMS.

En effet l'OMS, qui fête en 2008 son 60^{ème} anniversaire, a très rapidement émis des rapports sur le diabète.

- 1965** Premier rapport sur le diabète
- 1989** Déclaration de Saint-Vincent (réalisée par le bureau régional pour l'EUROPE)
- 1994** Prévention du Diabète sucré (Rapport technique 894)
- 1998** Le fardeau mondial du Diabète
- 1998** Diabète et droit de l'Homme (OMS 85)
- 1999** 1,26 g/l ou 7,0 mmol/l
- 2003** Rapport épidémiologique
- 2004** Adoption de la stratégie mondiale pour l'alimentation et l'exercice physique et la Santé

C'est sans nul doute la déclaration de St-Vincent qui a déclenché en Europe, la mise en place de programmes de soins mettant le patient au centre des dispositifs comme acteur de sa santé, mais les rapports épidémiologiques alarmants incitent les pouvoirs publics à réviser les politiques de santé, tendant à diminuer les prises en charge des coûts de soins.

Professeur Serge HALIMI

Président de l'ALFEDIAM (2007/2009)

Après une traversée du désert, l'Education Thérapeutique des Patients (ETP) est l'objet de tous, afin d'optimiser par le patient la prise en charge de sa maladie dans le but bien sûr d'améliorer sa qualité de vie, et d'éviter les complications.

Tout le monde souhaite en faire ou dit en faire, mais le référentiel de l'HAS¹ (juin 2007) met la barre très haute, et s'il apporte une reconnaissance de cet acte thérapeutique, il n'y a pas de compensation financière objective dans la T2A et en ville.

Il faut un personnel formé à l'ETP, et cette formation doit être reconnue : DELF², IPCEM, universitaire. Quels sont réellement les besoins en formation, et les pratiques actuelles (enquête « Obsidia »).

Où l'ETP trouve-t-elle sa place ?

- dans les hôpitaux pour les diabétiques de type 1, et les types 2 complexes et compliqués traités par l'insuline mais est-t-elle codifiée dans la T2A.
- en ville, les spécialistes peuvent-ils s'associer à des prises en charge de proximité (réseau, maison du diabète, ambulatoire....) ou préférer des actes d'ETP individuels ou des CS longues.

Quel rôle pour les omnipraticiens qui voient le plus de types 2, ce sont eux qui font la « masse des diabétiques » mais qui sont les plus éloignés des sources d'information. Quel rôle pour les paramédicaux de ville qui ont aussi leur place et un rôle important à jouer.

L'organisation des soins en réseau permet au patient de trouver un personnel soignant pluridisciplinaire formé, mais leur financement sera-t-il pérennisé.

La CNAM devant le nombre croissant de diabétiques et les coûts induits, tentent des prises en charge pilotes SOPHIA -, formation des personnels des CES³ à la diabétologie, la HAS remet en cause les critères d'obtention de l'ALD en minimisant l'importance de la prévention secondaire dans la maladie chronique.

L'ALFEDIAM et l'ALFEDIAM Paramédical, solidaires de l'AFD, doivent rester vigilants et mettre à profit leur expertise afin que des soins de qualité soient à la disposition de toutes les personnes atteintes du diabète.

Florence ROSSI

Présidente de l'ADLF⁴ (2003/2008)

En diabétologie, le soin diététique est indiscutable, et nous pouvons faire référence aux plans nutrition Santé de 2001-2005 et 2006-2010, et à l'expérimentation de délégation de compétences réalisée en 2006 (cf. rapport Pr BERLAND) qui cherche à définir les conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé (étude réalisée en collaboration avec l'Observatoire National de Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS))

Nous retrouvons également l'importance de la diététique dans les Recommandations de bonnes pratiques.

- Etude (DCCT, UKPDS,.....) avancées thérapeutiques
- Prises en charge nutritionnelles (guide ALFEDIAM paramédical et ADLF 2003)
- La consultation diététique, RPC⁵ (guide pratique ADLF et HAS) janvier 2006

¹ Haute Autorité en Santé

² Diabète Education de Langue Française

³ Centre d'Examen de Santé

⁴ Association des Diététiciens de Langue Française

⁵ Recommandation de Pratique Clinique

Enfin, des avancées par rapport à la reconnaissance du métier de diététicien :

- Dans la réglementation (loi 2007-127 du 30/01/07) diététicien reconnu professionnel de santé inscrit au code de santé public, définition de l'exercice et diplôme d'Etat.
- Dans l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) : critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles par rapport au guide pratique de la convention diététique réalisé par l'ADLF et l'HAS.
- Dans les recommandations sur l'Education Thérapeutique (réalisées par l'HAS)
- Dans les enquêtes de pratiques (Obsidia,)

La loi de 2007 a initialisé la base de la profession, mais il faut encore aller plus loin :

- Réforme de la formation initiale en un diplôme d'état, où seront abordés : la démarche de soins, l'éducation thérapeutique, et réforme de la formation continue pour les secteurs publics et libéraux.
- Avoir une définition des activités de soin diététique (domaines spécifiques et partagés), avec une classification commune aux paramédicaux.
- Avoir une valorisation des consultations diététiques à l'hôpital et en libéral.
- Créer des unités transversales de nutrition clinique qui soient des pôles d'expertise, de formation et de recherche.
- Créer des recommandations de pratiques cliniques déclinées par pathologie, en utilisant la méthodologie de la démarche de soin.

Le métier de diététicien est en pleine évolution, la reconnaissance longtemps attendue est acquise, on travaille sur la délégation de compétences, il faut s'armer pour répondre aux attentes des autres professions de santé, compétences attendues en améliorant la qualité de la formation initiale (DE), en s'inscrivant dans une démarche qualité des pratiques avec les critères d'évaluation (HAS, ADLF), afin de devenir des partenaires incontournables.

Anne-Marie FELTON

Présidente de la FEND et Vice-Présidente de l'IDF

La présence d'Anne-Marie FELTON apporte un regard infirmier européen sur la prise en charge de la personne diabétique.

En 1994, le comité St Vincent met en place un groupe de travail afin d'établir des recommandations à l'intervention des infirmiers dans son programme d'actions. Cinq infirmiers d'Europe du Nord composent ce groupe, quatre besoins sont identifiés :

- Relever le défi de l'épidémie diabète.
- Faire reconnaître que les infirmiers en diabétologie ne font pas qu'exécuter les soins mais ont une influence sur ceux-ci.
- Faire reconnaître la nécessité de collaborer avec d'autres organisations (IDF, EASD⁶, DESG⁷....).
- Faire reconnaître et définir le rôle des infirmiers en diabétologie, et le manque de formations structurées dans certains pays.

Le groupe se structure et devient la FEND en 1996.

Elle définit sa mission : Promouvoir le message accompagnant les soins de base en Europe.

Elle définit ses buts :

- Développer et promouvoir le rôle des infirmiers en diabétologie.
- Influencer la politique européenne des soins en diabétologie et favoriser la recherche.
- Promouvoir des standards de soins équitables partout en Europe.
- Co-agir et collaborer avec les organisations de soins nationales et internationales.

Le financement de la FEND dépend de sponsors de l'industrie pharmaceutique, impliquée en

⁶ European Association for the Study of Diabetes

⁷ Diabetes Education Study Group

diabétologie.

Pour devenir membre de la FEND, il faut être infirmier diplômé d'état, être impliqué en diabétologie dans les domaines des soins, de l'éducation et /ou de la recherche (cotisation annuelle : 45€/an ou 110 €/3ans)

La FEND organise chaque année depuis 1996, un Congrès annuel, souvent satellite de celui de l'EASD, dont les buts sont former, informer et favoriser les échanges. Il y a appel à communication, et posters. Les conférences sont en ligne sur le website. La FEND attribue des récompenses aux meilleurs projets et travaux, en liaison avec le DESG pour les travaux touchant à l'ETP.

Ces journées réunissent environ 600 à 700 personnes. Le Congrès 2008 se tiendra à Rome.

La FEND a créé un diplôme universitaire en diabétologie : ENDCUP⁸. En 2004 paraît la première édition du journal « European Diabetes Nursing »

La FEND est très impliquée dans tous les groupes de travail des sociétés savantes européennes et même mondiales (IDF 2006, Parlement européen), et collabore avec des pays européens pour monter des programmes d'éducation en diabétologie, des associations nationales de soignants. Elle est partenaire fondateur d'EURADIA (Alliance pour la Recherche Européenne en Diabétologie).

Quelques points faibles et difficultés et regrets :

- Rester indépendant face aux sponsors
- Savoir si les financeurs resteront fidèles.
- Ne pas avoir réussi à convaincre le gouvernement de Grande-Bretagne de faire du diabète une priorité de santé publique pendant sa présidence de l'Europe.

Le futur

- Développer des programmes universitaires (ENDCUP) dans les pays d'Europe de l'Est.
- Créer une commission de recherche : rôle et impact des infirmiers spécialisés en Europe.
- Etablir des centres de recherche infirmiers en collaboration.
- Continuer à collaborer avec des groupes de travail européens, et à la mise en œuvre des résolutions votées aux Nations Unies.

La FEND en 20 ans d'existence, a su s'imposer en Europe pour faire reconnaître le rôle primordial des infirmiers dans la prise en charge de la maladie diabétique.

Gérard RAYMOND

Président de l'AFD

« L'AFD, association de patients, est tout à fait à sa place pour parler d'évolution de la prise en charge de qualité de soin et de qualité de vie.

En effet, depuis les lois de 2002 sur les droits du patient et 2004 sur la réforme de l'assurance maladie, les associations de patients ont leur place dans la gouvernance de notre système de santé. Quant à l'AFD elle s'est inscrite comme un acteur de santé aux côtés des autres acteurs, vous les médecins généralistes, les spécialistes et aussi les pouvoirs publics et les industriels.

Une bonne prise en charge du diabète nécessite d'abord que la personne atteinte de diabète soit elle aussi un acteur de sa santé et donc de sa prise en charge.

Il faut donc qu'elle soit informée, sensibilisée et éduquée ...cependant l'ETP qui ne s'adresse pas à tous n'est pas comme le vélo, ne s'apprend pas pour la vie ...

Donc les patients diabétiques ont besoin d'accompagnement, d'autant que l'équilibre glycémique, seul remède contre les complications, ne s'atteint pas avec une seule prescription médicamenteuse mais s'obtient aussi et grâce à la prise en compte de la qualité de vie et de l'environnement du patient

⁸ European Nurses Diabetes Collaborative University Project

Avant de définir et d'apprendre à gérer un schéma thérapeutique nous devons aider le patient à avoir un projet de vie avec sa maladie.

Pour que le patient devienne un acteur de sa santé c'est l'affaire de tous les acteurs de santé : Nous, association de patients, vous, professionnels paramédicaux, des spécialistes et des pouvoirs publics.

Il nous appartient de travailler ensemble à une meilleure coordination entre tous les acteurs dans le respect et la confiance, chacun ayant son rôle, à côté du patient lui même dont le rôle reste essentiel. »

Sites consultables :

www.has-sante.fr

www.fend.org

www.adlf.org

www.afd.asso.fr

www.who.int (OMS)

www.sante.gouv.fr (Déclaration de Saint-Vincent)

www.ipcem.org

AGENDA

Salon du Diabète

Le salon du Diabète 2008 se tiendra à Paris du 14 au 16 Novembre

Journée d'Automne 2008 :

La prochaine journée d'Automne se tiendra le vendredi **21 Novembre 2008** à Nancy, le thème est : *Actualités en Diabétologie*.

Renseignements et Inscription : <http://alfediam.cborg.net/>

Journée Santé Education :

La prochaine journée du DELF aura lieu le vendredi 6 Février 2009 à Paris

Diabète Strasbourg 2009 :

Le prochain congrès annuel de l'ALFEDIAM aura lieu du 17 au 20 Mars 2009 à Strasbourg.
La journée des paramédicaux se tiendra le jeudi 19 Mars 2009.

Journées d'études de l'ADLF

Le congrès de l'ADLF 2009 se tiendra à Reims les 4,5,6 juin 2009

Pourquoi la création de ce groupe sur la réflexion de l'Ordre Infirmier ?

Quelques précisions et éclaircissements concernant l'implication de l'ALFEDIAM Paramédical. Notre première réunion du 31 janvier 2008 portait sur une réflexion, un état des lieux actuel et d'éventuelles pistes de travail.

De nouveaux textes :

Le droit de prescription pour les IDE concerne :

➤ Un renouvellement de prescription à l'identique
Il ne s'agit en aucun cas d'initier ou de changer un traitement. Il faut envisager un travail sur la spécialité : toute discipline mérite une formation dans la spécialité.

Problèmes émergents

Après discussion il semblerait aux différents membres du groupe de travail qu'il y ait un risque non négligeable de nous mettre « à dos » du fait d'un transfert de connaissances et compétences aux infirmières libérales, les :

- Diabétologues libéraux,
- Médecins généralistes,
- Pharmaciens.

Effectivement cela donnerait un « pouvoir » lié au niveau de connaissances accru qui pourrait mettre certains professionnels de santé face à leurs propres méconnaissances, mais également à un transfert d'acte prescrit à moindre coût (consultation pour un renouvellement d'ordonnance face à une nomenclature IDE moins onéreuse)

Propositions :

Solliciter l'avis de l'ALFEDIAM Médical pour savoir si nous poursuivons la réflexion qui nous amènerait à mettre en place une formation spécifique pour les libéraux, toutes catégories socio professionnelles confondues (médecins et IDE)

Si nous continuons :

- Mise en place de binôme de formateurs avec des « kits » de formation par sujet (ex : pansement et pieds diabétiques, injection d'insuline et technique...).
- Kits élaborés conjointement par des experts.
- Elaboration éventuellement de protocoles de prise en charge (selon les recommandations), remise de ses protocoles aux participants lors de la formation

La décision du groupe : Les membres du groupe de travail proposeront tous dans leur région respective leur candidature lors des élections de l'ordre.

La position de l'ALFEDIAM Paramédical est claire **nous ne sommes pas contre l'ordre**. Bien au contraire !

1. Nous avons toutes dans nos différents secteurs d'activités demandés à nous fédérer en un ordre. Il n'est en aucun cas question de remettre en cause une institution qui sera incontournable.

2. Par contre au vu de certains propos tenus par nos tutelles **pour l'instant** les infirmiers ont un droit de

prescription à **l'identique**. La démographie médicale étant pauvre, il y aura des glissements de tâches et certainement comme nos collègues Anglo-saxonnes un droit de prescriptions élargies. Dans l'optique d'optimiser la formation continue et de nous mettre en sécurité (qui dit prescriptions, dit responsabilités), il est du ressort des sociétés savantes de réfléchir aux stratégies, offre de formation.....à en place.

3. Si nous parlons de prescriptions il nous semble inenvisageable de mettre en place une quelconque proposition de formation sans la présence des prescripteurs initiaux, à savoir les médecins. C'est pour cela que l'ordre des médecins a été cité et non pour que nous soyons sous « **la tutelle de** » mais que nous travaillons en **collaboration avec**.

4. Il est bien entendu que des infirmiers libéraux font parti du groupe de travail. Et qu'il s'agit bien de "vrais" représentants des IDE libéraux, contrairement à ce que certaines réflexions.

Nous avons pris bonne note de la confusion induite par le titre c'est pour cela que nous proposons pour le moment :

"Ordre infirmier : implication de l'ALFEDIAM paramédical dans la formation des IDE quand à la prescription dans la prise en charge des patients diabétiques"

Je tiens à préciser que nous avons le soutien et les encouragements à poursuivre de Mr. Le Pr. Serge HALIMI, Président de l'ALFEDIAM.

Je rappelle la composition du groupe :

- Danielle Durain, Catherine Herdt, Michelle Joly, Martine Samper, (IDE hospitalières)
- Brigitte Nadal, Patricia Cohen Solal, Brigitte Lecointe, Pierre Louis Vinciguerra (IDE libéraux)

Je tenais à remercier le groupe de son implication dans cette démarche, qui n'est pas simple !!

Pour conclure je dirais que la participation active des membres de l'ALFEDIAM Paramédical rend notre profession encore plus efficace et nous permet de mieux prendre en charge les patients.

Composition des instances de l'ALFEDIAM Paramédical - 2008

Conseil d'Administration

Bureau

<i>Présidente</i> : Caroline MARTINEAU (<i>Diet - Toulouse</i>)	Fin de Mandat mars 2010
<i>Vice-Présidente</i> : Michelle JOLY (<i>IDE - Monaco</i>)	mars 2011
<i>Secrétaire Générale</i> : Christine KAVAN (<i>Diet - Besançon</i>)	mars 2010
<i>Secrétaire Générale Adjointe</i> : Jocelyne BERTOGLIO (<i>Diet - Nice</i>)	mars 2011
<i>Trésorière</i> : Catherine CALIMAN (<i>IDE - Bruxelles</i>)	mars 2011

Administrateurs

Sandra CHARRIERE (<i>Diet - La Réunion</i>)	mars 2011
Nicole HUSSIN (<i>IDE - Bruxelles</i>)	mars 2010
Catherine JOURNOT (<i>Podologue - Toulouse</i>)	mars 2011
Christiane MOUREY (<i>IDE - Le Creusot</i>)	mars 2011
Martine SAMPER (<i>IDE - Nice</i>)	mars 2010
Valérie ROSSIGNOL (<i>Diet - Paris</i>)	mars 2009
Pierre Louis VINCIGUERRA (<i>IDE - Bastia</i>)	mars 2010

Comité Scientifique

<i>Présidente</i> Catherine HERDT (<i>IDE - Strasbourg</i>)	mars 2011
Jacqueline DELAUNAY (<i>Diet - Toulouse</i>)	mars 2010
Brigitte HAIBLET (<i>Podologue - Nice</i>)	mars 2009
Ivano MANTOVANI (<i>IDE - Monaco</i>)	mars 2011
Brigitte NADAL (<i>IDE - Fréjus</i>)	mars 2010
Marie Paule ROGGEMANS (<i>IDE - Bruxelles</i>)	mars 2011
Annie VANNIER (<i>Diet - Le Creusot</i>)	mars 2011

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

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

L'ALFEDIAM Paramédical remercie pour son soutien :

