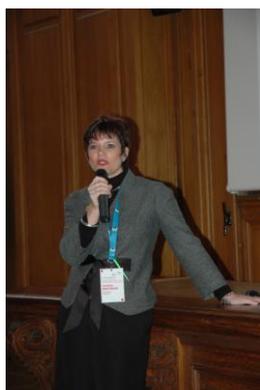


Editorial



Caroline MARTINEAU  
Présidente de la branche paramédicale de la  
Société Francophone du Diabète

Pour l'édition 2009 de la journée d'Automne, les paramédicaux de la Société Francophone du Diabète ont abordé le diabète sous l'angle de la législation, de l'aspect psychosocial et enfin de sa gestion lors de situation de précarité.

Je remercie le Comité Scientifique pour avoir eu l'idée et l'audace de proposer ces thèmes rarement traités dans notre société et qui pourtant font le quotidien de nos patients.

Cette journée a permis par ailleurs de faire connaître la SFD aux professionnels du secteur social avec qui nous avons beaucoup à apprendre et à travailler pour améliorer la prise en charge de nos patients atteints de diabète. Le travail mené par l'Unité Transversale pour l'Education du Patient, au CHU de Besançon et en particulier par Christine Kavan, concernant l'aide alimentaire en Franche Comté en est une remarquable preuve.

La fin d'année 2009 marque également un tournant pour le Comité Scientifique de la SFD Paramédical qui a changé de Présidente. Pour des raisons professionnelles, Catherine Herdt a dû quitter ses fonctions au Comité Scientifique, et c'est Jacqueline Delaunay, diététicienne à Toulouse, qui lui succède pour une durée de 3 ans.

Je profite de cette espace pour remercier Catherine pour les actions qu'elle a mené dans ce comité scientifique et souhaite un beau mandat à Jacqueline !

Bonne lecture

LETTRE N°51  
2009-2010



*Analyse du questionnaire de satisfaction*

Ivano MANTOVANI

*Diabète à l'Ecole*

Cécile LANGE et Martine SAMPER

*Les répercussions sociales du diabète*

Ismahane DALI

*J'apprends mon diabète en jouant avec Eric et ses amis les lètes*

Catherine DARMON

*Le blues de la maladie chronique*

Dr. Nicolas De TONNAC

*Diabète et précarité*

Mélanie NOBREGA

*Alimentation et précarité*

Christine KAVAN

*Un accompagnement adapté pour une meilleure qualité des soins*

Dr. Pascale ESTECAHANDY et Pierre CABANES

*Agenda*



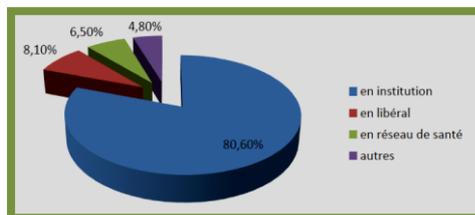
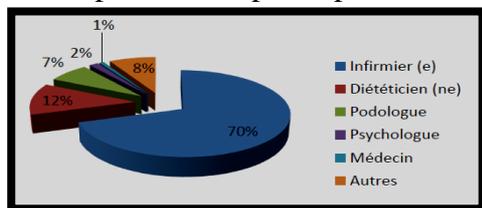
## La journée d'automne 2009

La journée d'automne était centrée cette année, sur un thème encore peu traité par le monde de la diabétologie :

« Approches législative, sociale et psychologique du diabète »

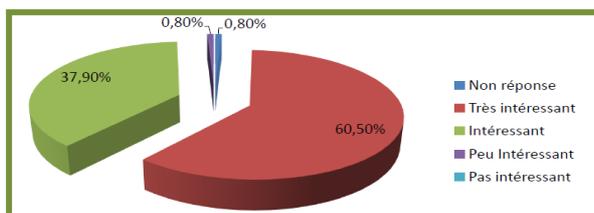
Elle s'est tenue à l'institut océanographique de Paris.

Elle a réuni près de 211 participants.

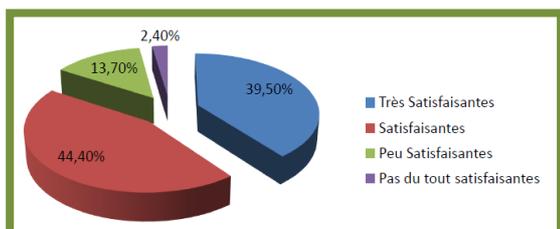


Les efforts de tous les organisateurs ont été récompensés car ce fut une « Grande journée ». Les participants ont été invités à remplir un questionnaire de satisfaction, nous avons reçu 124 réponses.

La majorité des personnes présentes a été intéressée par le choix des thèmes.



Il y a eu un renouvellement des participants : 52% venaient pour la première fois, 17% pour la deuxième fois et 31% ont assisté à plus de deux éditions.



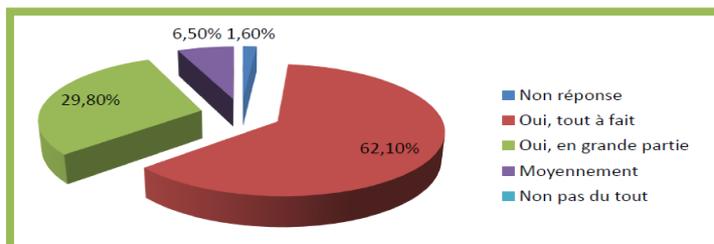
Les modalités d'inscriptions ont été claires et aisées pour 95% des participants et l'accueil a été apprécié par tous.

Le nouveau badge, avec le programme a majoritairement été reconnu comme pratique.

Les réponses reçues, recourent les échos recueillis parallèlement, de façon plus informelle, par les membres du comité d'organisation. La satisfaction globale est évidente (90% oui)

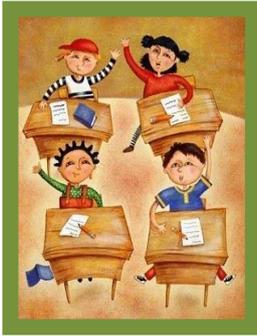
Il ne faut cependant pas manquer de noter une certaine réserve sur les conditions de travail. Pour des raisons structurelles l'espace réservé aux laboratoires a semblé exiguë, ainsi que le confort du mobilier.

L'indice de satisfaction globale



La possibilité dans le futur d'associer dans la journée, plénière et atelier, a été approuvée à 75% , 15% ne se prononce pas et 10% ne souhaite pas changer l'organisation de la journée.

- Le bilan des propositions faites par les participants concernant les futurs thèmes vont être prises en compte pour les prochaines journées d'automne de la SFD



Il convient de tout mettre en œuvre pour éviter l'exclusion et l'isolement dans lequel la maladie peut placer l'enfant ou l'adolescent dans le milieu scolaire ou extrascolaire.

D'une manière générale, dans le domaine pédagogique un élève atteint de troubles de la santé devra être considéré de la même manière que ses camarades en bonne santé. C'est là l'objectif central du processus d'intégration.

## Un cadre législatif et réglementaire

La circulaire n° 99-181 du 10 novembre 1999 du Ministère de l'Education Nationale a permis d'harmoniser les conditions d'accueil en collectivité des enfants atteints de maladie chronique, en offrant un cadre et des outils susceptibles de répondre à la multiplicité des situations individuelles rencontrées, par la mise en place d'un projet d'accueil individualisé sur le temps scolaire, périscolaire et extrascolaire.

Une nouvelle circulaire du 8 septembre 2003 va préciser certaines situations comme la scolarisation des enfants dès la maternelle, la possibilité pour les plus grands de pratiquer une injection d'insuline, la possibilité pour tous les enfants de fréquenter la restauration scolaire et enfin la circulaire précise les responsabilités des différents intervenants dans les cas d'urgence.

## Le projet d'accueil individualisé

Le projet d'accueil individualisé (PAI) est avant tout une démarche d'accueil résultant d'une réflexion commune des différents intervenants impliqués dans la vie de l'enfant malade. Le rôle de chacun et la complémentarité des interventions sont précisés dans un document écrit.

Celui-ci associe l'enfant ou l'adolescent, sa famille, l'équipe éducative ou d'accueil, les personnels de santé rattachés à la structure, les partenaires extérieurs.

Ce document organise, dans le respect des compétences de chacun et compte tenu des besoins thérapeutiques de l'enfant ou de l'adolescent, les modalités particulières de la vie quotidienne dans la collectivité et fixe les conditions d'intervention des partenaires. Sont notamment précisés les conditions des prises de repas, interventions médicales, paramédicales ou de soutien.

Il convient de souligner le rôle des personnels de santé et d'action sociale en faveur des élèves, dont la

mission est d'apporter, chacun dans son domaine de compétence, toute l'assistance requise aux équipes éducatives et de contribuer à la résolution des difficultés que celles-ci pourraient rencontrer.

## Missions de l'infirmier(e) à l'Education Nationale

Dans l'établissement scolaire, l'I.D.E est le référent santé, tant dans le domaine individuel que dans le domaine collectif. Son rôle est à la fois relationnel, technique et éducatif.

Les missions répondent aux objectifs essentiels de la santé à l'école :

- Organiser les urgences et les soins.
- Aider et favoriser l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.
- Accueillir, accompagner les élèves et organiser un suivi infirmier.
- Suivre les élèves signalés par les membres de l'équipe éducative pour une prise en charge globale de l'élève.
- Développer une dynamique d'éducation à la santé
- Contribuer à la protection de l'enfance en danger

Au travers de toutes ses missions s'organise, autour de l'élève, une collaboration étroite entre tous les membres de l'équipe pédagogique.

L'infirmier (e) joue un rôle privilégié auprès des jeunes, d'une part en servant de trait d'union entre le monde de la santé et celui de l'enseignement, des personnels d'accueil et d'autre part en assurant une liaison avec leur tissu familial et social. Elle rassure, l'enfant, sa famille, les enseignants et tout personnel intervenant auprès de l'enfant en les informant sur la mise en place du protocole d'urgence et reste en lien étroit avec la puéricultrice éducatrice hospitalière.

## Conclusion

Le travail en réseau est une nécessité. Cela implique des échanges d'informations entre les professionnels appartenant à des institutions différentes et un réel partenariat entre services de l'éducation nationale, protection maternelle et infantile, services hospitaliers, inter secteurs de psychiatrie, médecins généralistes et toutes personnes ayant des responsabilités auprès des jeunes (juges des enfants, maires, élus, responsables en matière de santé,

associations de parents, maison départementale des personnes handicapées en cas de Plan Particulier de Scolarité, services départementaux d'aide sociale et de protection de l'enfance l'enfance par la mise en place d'une Aide Educative En Milieu Ouvert si besoin, etc.).

Le travail de partenariat entre l'infirmière éducatrice et l'infirmière scolaire ne peut que renforcer l'épanouissement de l'enfant diabétique et sa famille.

**« L'éducation n'est pas une potion que le médecin prescrit, que l'infirmière administre et que le patient ingurgite. L'éducation est une aventure humaine »**

**Mme SANDRIN – BERTHON (2000).**

## Les répercussions sociales du diabète

Ismahane DALI  
Assistante sociale- CHU  
BESANCON

L'Assistante Sociale du Centre Hospitalier de Besançon intervient dans 7 services, dont le service de Diabétologie qui comprend un service d'hospitalisation (20 lits pour des pathologies aiguës + 8 places en Hôpital de Jour), un hôpital de jour et un service de consultations.

Elle fait partie d'une Equipe pluridisciplinaire (Médecins, Internes, Diététiciennes, Psychologues, Kiné) qui se réunit une fois par semaine pour discuter des situations sociales nécessitant l'intervention d'une Assistante Sociale.

Elle intervient dans le cadre légal du Décret 93-652 du 26 mars 1993 qui fixe les Missions du Service Social Hospitalier, dont l'aide aux personnes, aux familles ou groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie et faciliter leur insertion.



Lors de la journée du 20 Novembre 2009, nous avons :

- Abordé la prise en charge des soins du patient adulte diabétique
- Exposé les différentes aides possibles pour soutenir le patient en perte d'autonomie, et enfin
- Traité les répercussions sociales de la maladie sur l'emploi.

Le coût d'une hospitalisation représentant environ 1000 € par jour, il est nécessaire de mettre le patient diabétique en Affection Longue Durée, afin que les

soins en rapport avec sa maladie soient pris en charge à 100%.

Toutefois, il est important de préciser que certaines prescriptions de produits ou de matériel médical ne sont pas intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie, le rôle de l'Assistante Sociale consiste donc à trouver des aides ou des financements.

Une des missions principales de l'Assistante Sociale Hospitalière est également de rechercher une prise en charge des soins (Couverture Sociale de base ou Complémentaire).

Par ailleurs, hormis les aides à domicile sur prescriptions médicales (aide à la toilette et soins infirmiers, hospitalisation à domicile), l'intervention de l'Assistante Sociale consiste à mettre en place plusieurs dispositifs d'aides pour prendre en charge la dépendance du patient diabétique.

Ces aides peuvent être humaines, elles sont apportés par les familles ou par les professionnels, lorsque les proches sont épuisés ou absents. Ces professionnels qui interviennent de gré à gré ou par le biais d'une Association ou d'une Société de service, assument diverses tâches au domicile du patient.

Ce qui caractérise la prise en charge du patient diabétique est l'aide apportée au niveau des repas puisque l'Assistante Sociale met souvent en place la livraison de repas à domicile quand les recommandations diététiques ne sont pas respectées. Il est fréquent que nous mettions également en place des aides matérielles (mise en place de la

téléassistance) et techniques (achat d'un fauteuil, transformation de baignoire en douche...).

Les principaux financements de ces aides, ayant été énumérées, sont:

-Pour les - de 60 ans : la Prestation de Compensation du Handicap attribuée par la MDPH, qui finance les aides humaines, techniques, l'aménagement du logement...

-Pour les + de 60 ans : l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie versée par le Conseil Général (loi du 20/07/2001), qui permet un "droit ouvert à toute personne âgée dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique et mental, d'avoir une prise en charge adaptée à ses besoins".

Les Organismes de Mutuelle peuvent attribuer des heures d'aides ménagères en sortie d'hospitalisation, quelque soit l'âge et sont souvent sollicités par l'Assistante Sociale à l'hôpital.

Par ailleurs, l'Assistante Sociale peut intervenir lorsqu'il est nécessaire de reloger le patient diabétique dans un logement adapté à son état de

santé (lorsqu'il se retrouve en fauteuil roulant). Elle peut également soutenir le patient lorsqu'il s'agit d'apporter des aménagements dans le logement en constituant une demande de PCH.

Enfin, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, elle recherche pour le malade, avec l'aide des familles, un établissement ou un lieu de vie adapté.

En outre il a été abordé les répercussions sociales de la maladie sur l'emploi puisque l'Assistante Sociale monte fréquemment des dossiers à destination de la MDPH pour des demandes de reconnaissance de travailleur handicapé, d'orientation professionnelle... Le soutien de l'Assistante Sociale consiste aussi en un accompagnement par rapport aux incidences budgétaires liées aux changements professionnels (négociations avec les créanciers, demandes d'aides financières ponctuelles...).

En conclusion, nous pouvons affirmer que seul un travail en amont et en équipe pluridisciplinaire nous permettra d'améliorer la qualité de vie du patient diabétique.



## « J'apprends mon diabète en jouant avec Eric »

Catherine DARMON  
Infirmière.  
Hôpital FONT PRE- TOULON

Le Prix Abbott Diabetes Care-Société Francophone du Diabète, remis lors de la Journée d'automne 2009, a récompensé Catherine Darmon, pour la conception d'un outil éducatif destiné à l'éducation des enfants (de 4 à 6 et plus) présentant un diabète de type 1 et leurs entourages.

C'est un jeu qui permet d'évaluer les connaissances acquises et d'effectuer des rajustements si nécessaire et surtout d'aider les enfants D.I.D. et la famille à améliorer et maintenir l'observance de compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec le diabète.



Une grille d'évaluation est utilisée, basée sur le principe des questions-réponses, chaque séquence choisie entraîne une discussion. Les séquences traitées sont : le lavage des mains, la surveillance de la glycémie capillaire ; l'utilisation du lecteur de glycémie, l'hypoglycémie, l'hyperglycémie, l'injection d'insuline.

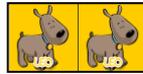
Il est modulable en fonction de l'âge de l'enfant et des objectifs éducatifs fixés par l'I.D.E d'éducation.

Chaque séquence choisie entraîne une discussion et permet d'analyser la capacité de l'enfant à réaliser cette séquence.

Contenu de la boîte :

- 17 dominos directement liés à l'histoire et 3 dominos d'extension qui ont été rajouté pour traiter des hyperglycémies avec acétonurie/acétonémie et qui s'adresse à des enfants plus grands ainsi qu'à leur famille
- des livrets avec l'histoire d'Eric et le mode d'emploi

## Présentation



## Déroulement

étape 1

étape 2

étape 3



Lecture de l'histoire par l'infirmière et Sélection des dominos dits « acteurs » par l'enfant



Sélection des dominos dits « de proposition » par l'enfant



Sélection des dominos dits « d'action » par l'enfant



Neuf enfants ont bénéficié de cette animation pédagogique. L'évaluation de l'outil a été réalisée sur une période courte de 15 jours, hors contexte hospitalier à la demande des familles (à domicile, plage, air de jeux). L'utilisation de la grille d'évaluation a fait ressortir les erreurs de manipulation ou technique d'injection, de bonnes connaissances sur l'hypoglycémie et l'hyperglycémie.

Ce jeu éducatif ludique et imagé, favorise la communication et l'échange entre soignants et enfants/famille. Il est important que l'enfant puisse mettre des mots sur sa maladie et ses contraintes. Il permet à l'enfant d'être actif et permet également d'améliorer la compréhension, surtout lorsqu'il y a barrière de la langue.

Les équipes intéressées peuvent faire la demande auprès du laboratoire Abbott Diabetes Care qui se charge de la conception de la boîte.

## Le blues de la maladie chronique

Dr. Nicolas De TONNAC  
Psychiatre GENEVE

### Pour qui le blues ?



Toujours pour qui doit faire le deuil et par conséquent le patient bien sûr puisqu'il est dans la problématique du changement accompagné de son cortège de prises de conscience. « Ma vie ne sera plus comme avant ! ». Fini l'insouciance ! Je dois m'occuper de mon corps qui ne fonctionne plus tout seul. Sinon gare à moi, les complications guettent. Les soignants me l'ont bien fait comprendre, sans détour. Je me sens menacé par des gens qui devraient me sécuriser. Pas franchement fréquentable cette engeance ! Facile pour eux de parler de la sorte ! Mais savent-ils ce qu'est la maladie chronique ?

Un truc dont on ne guérit pas, dont on ne se débarrasse pas, qui vous colle au corps et à l'âme. Le blues total. Je suis devenu propriétaire d'une « merde ». Tout ça parce que les soignants qui me donnaient le sentiment de s'y intéresser m'on dit que cela m'appartenait et que c'était sous ma responsabilité.

Ils ne manquent pas de culot !

Moi, je suis en colère et je me sens impuissant. J'ai envie de pleurer de rage et de taper des pieds. Ça n'est pas très sérieux à mon âge ! C'est des trucs de gamins. Qui pourrait me comprendre ? On m'a suggéré de voir un psy. En plus de la maladie chronique je suis dingue. Merci les soignants.

Mais alors que se passe-t-il pour eux ? Aiment-ils les maladies chroniques ? Ne deviennent-ils pas des chroniques d'une histoire ou leur pouvoir de guérisseur est mis en échec ? En plus ils confient la gestion de la maladie à des malades ! C'est le pompon ! Les malades, ils n'en font qu'à leur tête, c'est bien connu. Et c'est les complications tant redoutées, qu'on avait prédit en plus de cela. A se demander s'ils ne le font pas exprès, histoire de nous provoquer. C'est désespérant !

Ça fout le blues et ça énerve.

Le décor est planté. La scène se joue et se rejoue. Qui va penser et panser la souffrance de chacun ? Un soignant pour les patients, un soignant pour les soignants ? Mais alors qui va payer ? Tout cela paraît bien compliqué.

L'alternative pourrait se situer dans le partage, ça ne serait plus le soignant qui ferait, qui agirait sur la maladie mais le propriétaire présumé : le patient.

Présumé parce que tant qu'il n'a pas accepté ce titre de propriété pourquoi serait-il d'accord d'en payer les charges ? C'est logique. De son côté le soignant serait-il d'accord de minoriser son action de thérapeute agissant pour devenir thérapeute accompagnant, celui qui observe, écoute, reçoit des doléances, comprend la souffrance du patient, reste bienveillant et gère ses sentiments d'impuissance tout comme sa propre frustration. Quel tour de force que demeurer respectueux de la liberté de l'autre lorsqu'il ne fait que ce qu'il peut !

Voilà qui tranche avec une médecine conquérante partie en croisade contre la maladie, expression d'une crise interne souvent incompréhensible, pouvoir dire « je ne sais pas » comme une place qu'on laisserait à l'autre pour lui-même savoir, tout comme « je ne comprend pas mais je suis là, je reste intéressé » tout simplement comme un être humain, un alter égo dans la souffrance.

C'est cette humanité là qui peut offrir au patient une opportunité d'être condition sine qua none du changement vital amorcé par la maladie. Il s'agit bien du savoir être et non du savoir faire, ces deux notions ne pouvant être simultanées. Il ne s'agit pas d'une option définitive mais bien d'une notion alternative entre le savoir être et le savoir-faire.

Ne pas perdre son âme dans le savoir faire ce qui implique in fine l'abandon du patient à son propre désespoir.

## Diabète et précarité

Mélanie PESSEL NOBREGA

Cadre de santé- Responsable LHSS Saint-Michel  
Samu Social Paris



Nous parlons souvent des conséquences que le diabète induit chez une personne et notamment en terme de conséquences psychosociales. Il semble donc pertinent de s'interroger sur ce qu'il se passe lorsque la personne est déjà en situation d'exclusion ; comment le diabète est-il alors perçu, pris en charge ?

Tout d'abord il faut essayer de comprendre les conséquences de l'exclusion sur la personne, afin de pouvoir adapter au mieux sa prise en charge. La population que rencontre le samusocial de Paris est très hétérogène. Si la précarité se caractérise par une fragilité des conditions de vie, la santé n'étant pas une préoccupation quotidienne sauf en cas de symptômes douloureux où la prise en charge soignante ne rencontre pas de difficultés spécifiques, l'exclusion quant à elle est le dernier stade dans le processus de délitement du lien social. En effet, l'exclusion est la destruction des codes implicites de l'homme en société, avec l'apparition de troubles de la personnalité et surtout la disparition des représentations du corps, de l'espace, du temps, du lien à l'autre et du monde. Par conséquent il n'existe plus de projection dans l'avenir, même très proche,

cela s'accompagnant d'une perte de prise d'initiative et d'abandon. Les projets de soins sont donc à minima, voire impossibles à mettre en place. Face à cette situation, la personne développe des mécanismes de survie ce qui lui permet une suradaptation paradoxale à son environnement.

Ainsi, la méthode du samusocial de Paris, mise en place en 1993, repose sur le concept de l'urgence sociale, en considérant la personne en situation d'exclusion comme une victime. Il s'agit d'aller vers celle-ci pour lui proposer de l'aide.

Les missions sont donc, dans des conditions d'évaluations difficiles de :

- Créer le premier contact
- Procéder à une évaluation et à un diagnostic

- Assurer les premiers soins d'urgence
- Proposer une orientation efficace

Les personnes rencontrées sont surexposées à certaines pathologies liées à l'environnement, à la consommation d'alcool, aux conditions induites par la vie à la rue. Le dispositif du samusocial, dans ses missions d'urgence, comprend les missions mobiles et les missions d'hébergement, soit en centre d'hébergement d'urgence<sup>1</sup>, soit en Lits Halte Soin Santé<sup>2</sup>.

Nous comprenons la difficulté supplémentaire que peut représenter le diabète. Lors d'une phase aiguë ou face à des complications, l'orientation est faite vers un hôpital pour une prise en charge médicale. Cependant qu'en est-il au quotidien ? En l'absence de complications ? Le diabète semble en contradiction par rapport au « profil » de la personne...

Le diabète est un problème prioritaire de santé publique et par ailleurs nous savons que la prévalence de pathologies chroniques est élevée chez les personnes en très grande précarité. En décembre 2006 a été réalisée une enquête dont l'objectif était d'estimer la prévalence du diabète et d'en décrire les caractéristiques. Elle a mis en avant une différence significative de cette prévalence de 6,1% (4,8% en CHU et 11,8% en LHSS) contre 3,95% en France à la même période.

Cette enquête a mené à une réunion de consensus en novembre 2007 proposant des recommandations : ne pas diaboliser l'insuline, préférer la metformine® aux sulfamides hypoglycémiantes, aider la personne à reconnaître les signes d'hypoglycémie, faire une glycémie systématiquement, examiner les pieds et grader le risque podologique.

Ainsi, il est mis en avant que le diabète est un problème de santé prioritaire car sa prévalence est supérieure à celle de la population générale. C'est également une des premières causes de mobilité réduite (amputation, déficit visuel...), et s'accompagne d'une co-morbidité importante.

Une sensibilisation de l'ensemble des personnels des différentes missions du samusocial a donc eu lieu en 2008, sous la forme de formation spécifique basée sur des ateliers.

Concrètement, la mesure de la glycémie capillaire se systématise, surtout au niveau des LHSS, la surveillance des pieds est primordiale. Des soins de pédicurie ont lieu régulièrement sur certains LHSS et à l'Espace Solidarité Insertion. Les LHSS travaillent à faire intervenir des soins podologiques au sein des centres.

Nous voyons donc qu'il existe une gravité du diabète chez les personnes en situation d'exclusion. Cependant il s'agit d'adapter la prise en charge du diabète à la personne, avec des objectifs réalistes, et d'appuyer la surveillance podologique.

L'enjeu est donc de ne pas être tenté, en tant que professionnel, de minimiser le diabète difficilement compatible en apparence avec une vie à la rue. En effet, de cette prise en compte de celui-ci pourra s'ouvrir une accroche, comme une porte d'entrée d'une prise en charge médico-psycho-sociale plus globale tout en limitant un facteur d'exclusion supplémentaire qu'induit incontestablement le diabète.



*En 2010 la lettre des paramédicaux ne sera éditée que deux fois par an, à la suite de nos journées. Chaque membre de la SFD paramédical recevra la revue « Médecine des maladies Métaboliques »*



Au delà des situations d'extrême exclusion, souvent plus médiatisées, des millions de personnes vivent dans un état d'instabilité sociale, que n'importe quel évènement, une maladie notamment, peut faire basculer dans la pauvreté. Le Haut Comité de la Santé publique, dans son rapport sur la progression de la précarité en France estimait déjà en 1998, que le phénomène de précarisation, touchait 20 à 25% de la population totale vivant en France, soit 12 à 15 millions de personnes. Les situations de précarité induisent inévitablement des difficultés pour s'alimenter et le budget imparti à ce poste va contraindre les individus à faire des choix alimentaires qui peuvent souvent être défavorables à leur santé. Les personnes précaires ont ainsi un plus grand risque de développer certaines maladies, notamment celles liées en grande partie à la nutrition : l'obésité, le diabète de type 2, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers, pathologies qui sont ensuite d'autant plus difficiles à prendre en charge que les difficultés économiques sont un frein majeur au suivi des conseils nutritionnels.

## Les choix alimentaires des foyers modestes sont-ils différents de ceux des catégories sociales plus aisées ?

De nombreuses études (Abena, Andrieu, Drewnowski) ont permis de mettre en évidence deux aspects des consommations alimentaires propres aux foyers à revenus modestes :

- une sous-consommation de produits frais, fruits, légumes et produits laitiers
- une surconsommation d'aliments gras/salés (pizzas, feuilletés, friands, panés, hamburger, chips ...) et gras/sucrés (gâteaux, viennoiseries, barres chocolatées ...)

Des déterminants économiques peuvent, en partie, expliquer ce phénomène car schématiquement, la densité énergétique d'un aliment est inversement proportionnelle à ses bénéfices nutritionnels et à son prix, ce qui amène au paradoxe qu'une alimentation déséquilibrée coûte donc moins chère qu'une alimentation plus favorable à la santé. Mais d'autres déterminants, notamment psychosociologiques doivent aussi être pris en considération pour expliquer ce comportement alimentaire.

## Comment se nourrir avec un tout petit budget ?

Théoriquement, l'équilibre alimentaire, base d'une prévention primaire recommandée à l'ensemble de la population, mais aussi base d'une prévention secondaire pour des personnes diabétiques, obèses ou atteintes de maladies cardio-vasculaires, pourrait être obtenu à partir de 3,5 €/jour/personne (selon les

repères de consommation du Plan National Nutrition Santé). Mais il ne faut pas oublier que de nombreuses personnes ne disposent même pas de ce budget pour se nourrir !

En pratique, le respect d'un tel budget va devoir impliquer :

- de modifier durablement ses habitudes alimentaires, tant en terme de choix d'aliments que de mode de préparation. On se heurte alors vite aux autres dimensions, sociale, culturelle et symbolique de la nourriture et à toutes les difficultés qu'un tel changement peut engendrer.
- d'acquérir des compétences nutritionnelles pour « déjouer » les pièges et savoir décrypter les étiquettes des produits ! Ainsi à qualité nutritionnelle égale, l'achat de produits issus de marque « grand distributeur » peut représenter une économie substantielle.

## Existe-t-il des solutions ?

La complexité et la variété des situations font que les réponses, lorsqu'il y en a, ne peuvent se construire qu'au cas par cas, et demandent souvent un regard pluridisciplinaire.

Au niveau diététique, une piste semblerait intéressante à explorer, celle qui intégrerait, non pas la densité énergétique, mais une "densité nutritionnelle", basée sur la richesse en nutriments d'un aliment par rapport à son prix et ramené à une portion. En développant cette approche, il pourrait être possible de conseiller et d'élaborer avec le patient, une alimentation de meilleure qualité, en

partant de ces goûts et habitudes et en sélectionnant avec lui, des aliments ayant une bonne qualité nutritionnelle à un prix abordable.

## **Nous « soignants » dans notre contexte de travail, que pouvons-nous faire face à des patients en situation de vulnérabilité ?**

Un projet « Alimentation, éducation et précarité » est mené actuellement, au CHU de Besançon, par l'UTEP (Unité Transversale pour l'Education du patient), en collaboration avec le service social. Son objectif est de mieux prendre en compte l'environnement socio-économique des patients afin d'intégrer cette dimension dans leur prise en charge éducative et plus spécifiquement diététique. Pour y parvenir, 2 grands axes de travail ont été définis puis travaillés :

### 1. L'accompagnement et l'éducation nutritionnelle

Un état des lieux des dispositifs et structures extérieures existantes en Franche Comté, en matière d'aide alimentaire, a été réalisé, afin de créer ou d'améliorer les liens hôpital-ville. Il permet d'apporter une réponse adaptée pour les patients qui ont besoin d'une aide alimentaire d'urgence et/ou régulière. Le travail se poursuit par l'élaboration d'outils permettant de personnaliser des conseils d'équilibre alimentaire adaptés à des petits budgets, outils qui seront dans un second temps, déclinés en fonction des impératifs imposés par les différentes

pathologies. L'ensemble de ces données est disponible et accessible à tous les soignants via un site intranet.

### 2. L'amélioration à l'hôpital de l'« identification » des patients en situation de vulnérabilité

Une première étude a permis de mettre en lumière, les freins et les éléments qui faciliteraient l'expression des patients (écoute, respect, confidentialité, temps) mais aussi les difficultés rencontrées par les soignants et leurs attentes pour pouvoir aborder plus aisément la problématique de la précarité (informations, formations, outils, légitimité, temps). Elle a également démontré que de nombreux outils de recueils d'informations existaient déjà mais étaient parfois « sous exploités ». Au final, ce travail révèle qu'une des pistes d'amélioration se trouve au cœur de la relation soignant-soigné, pilier de l'éducation thérapeutique. Celle-ci par les compétences relationnelles qu'elle cherche à développer chez les soignants, mais aussi par le concept d'une prise en charge globale, centrée sur le patient, avec des temps formalisés de bilans partagés, ne peut que faciliter l'identification des difficultés du patient. La complexité de cette problématique met également en évidence l'importance d'un travail en interdisciplinarité, dans lequel chaque soignant se sent concerné et dans le respect des compétences de chacun, œuvre vers un but commun : accompagner et aider le patient à prendre soin de lui-même.

## **BOURSES 2009 PRIMEES**

**Bourse Novo : Outil visuel servant au diagnostic éducatif et à l'information sur le diabète**  
**Ghislaine ZERR – infirmière – PARIS**

**Bourse Roche : Activité Physique et ABD**  
**Vinciane COLLARD – LIBRAMONT**

**Bourse Lilly : Vécu du diabète type 2 : le dessin comme moyen d'expression**  
**Nathalie MASSBOEUF – PARIS**

## Un accompagnement adapté pour une meilleure qualité des soins

Dr. Pascale ESTECAHANDY

Praticien hospitalier, coordinateur du réseau santé précarité

Pierre CABANES

Infirmier à l'équipe mobile sanitaire et sociale-Halte  
CHU de Toulouse

Les personnes en situation de grande précarité forment une population très hétérogène (il y aurait 600 000 personnes privées d'un domicile personnel selon la FAP<sup>3</sup>). Sur le plan sanitaire on note, en France, une relative faiblesse des savoirs scientifiques. Pour autant si l'on se réfère aux données recueillies auprès des acteurs de terrains, des spécialistes oeuvrant dans le domaine et aux données internationales, l'état de santé des personnes « sans chez soi<sup>4</sup> » est catastrophique avec une morbidité et une mortalité élevée (espérance de vie estimée à 30, 35 ans inférieure à la population générale). Par ailleurs, elles subissent des violences avec des fréquences incomparablement élevées, allant de la disqualification à des violences physiques - viols et meurtres- et ce d'autant plus souvent qu'elles sont malades. L'organisation des soins n'est pas adaptée à leur réalité de vie et elles ont un recours aux soins essentiellement via les urgences hospitalières lors d'épisodes aigus sans efficacité thérapeutique. Ceci est particulièrement vrai pour la prise en charge des pathologies chroniques dont le diabète.

Le CHU de Toulouse s'est impliqué fortement et depuis de nombreuses années pour améliorer l'accès aux soins de ces publics répondant ainsi à ses obligations réglementaires<sup>5</sup> mais au-delà l'institution a travaillé en partenariat étroit avec la ville (CCAS) et le secteur associatif. Trois dispositifs sont emblématiques de la volonté d'adapter les prises en charge aux réalités des publics concernés : une équipe mobile sanitaire et sociale (partenariat CHU et Veille sociale CCAS) allant à la rencontre des publics à la rue, une Halte Santé (Lits halte soins santé) offrant un hébergement médicalisé type lits infirmiers et enfin une organisation en réseau assurant une fonction de veille lors des passages aux urgences et permettant la centralisation des données sanitaires à la Halte Santé.

A Toulouse, 4800 personnes ont sollicité le 115

<sup>3</sup> Fondation Abbé Pierre

<sup>4</sup> Référence à la conférence de consensus « Sortir de la rue » Novembre 2007

<sup>5</sup> Loi de Lutte contre les exclusions

(n° vert sans abris) en 2008.

Parmi elles, plus de 1000 personnes différentes ont été accompagnées par l'équipe mobile et 250 personnes particulièrement vulnérables (poly pathologies - dont 4% de personnes présentant un diabète -, handicap et/ou mesure de protection, affection de longue durée) bénéficient d'un accompagnement spécifique au long court.

Les principes d'action reposent sur la recherche d'une adhésion au soin, la réduction des risques et des dommages liés à la vie à la rue, un appui sur les ressources et compétences des personnes, et l'utilisation des outils du travail en réseau : animation, décloisonnement, coordination et médiation tant en intra qu'en extra-hospitalier et entre les secteurs sanitaires et sociaux et la population. Ainsi il est fortement rappelé que le respect du droit des personnes et la qualité des soins ne doivent pas dépendre du mode d'utilisation par le patient des dispositifs de soins.

Des infirmiers issus de l'institution hospitalière et ayant acquis un savoir faire et une compétence spécifique sont particulièrement efficaces pour remplir ces missions. Pour autant, le soin ne peut s'entendre sans un « chez soi » permettant la sécurité et le respect de l'intimité. Sur la file active toulousaine, 10% des personnes ont pu être accompagnées vers un habitat ce qui est encourageant mais insuffisant par manque de solutions de logement adaptées.



# Agenda

## Février

- Congrès santé éducation Paris 2010 - vendredi 5 février - La Maison de la Chimie
- <http://www.diabete-education.org/>

## Mars

- Congrès francophone annuel de diabétologie SFD 2010 - Lille - du 16 au 19 mars
- <http://www.alfediam.org/>

## Juin

- Journées d'étude de l'AFDN 2010 Paris - du 10 au 12 au CNIT La Défense
- <http://www.afdn.org/>

## Octobre

- 35èmes Entretiens de Podologie
- <http://www.fnp-online.org/>

## Novembre

- 23ème Salon Infirmier 2010 - Paris Porte de Versailles du 3 au 5 novembre
- [www.salon-infirmier.com](http://www.salon-infirmier.com)
- Salon du Diabète et de la Nutrition Paris 2010
- Journées d'automne SFD 2010 - Rennes - 26 novembre

Edité par SFD Paramédical 88 rue de la Roquette – 75011 PARIS

01 40 09 89 07 – [www.alfediam.org](http://www.alfediam.org)

Responsable de Publication : Caroline Martineau

Rédacteurs en Chef : Martine SAMPER – Ivano MANTOVANI

La SFD Paramédical remercie pour son soutien

