

jour, alors qu'auparavant seuls 2 enfants disposaient d'une auto surveillance. La moyenne de l'HbA1c est passée de $11,3 \pm 2,9$ [5,5-14] à $9,5 \pm 3,1$ [4,0-14]. Cinq colonies de vacances ont été organisées. La proportion d'enfants ayant un retard pubertaire a été réduite (37,7 % Vs 4,1 %) de même pour le retard de croissance (27,9 % Vs 4,7 %). À la date du point, 5,1 % des enfants étaient perdus de vue et 7 % étaient décédés.

Conclusion : De nombreux progrès ont été observés dans la prise en charge du diabète de l'enfant. Les défis qui étaient principalement en lien avec la pénurie des ressources disponibles sont à présent plus en rapport avec les capacités de l'enfant et son environnement.

P111 Programme EDUDORA² : quelles leçons tirer de l'étude des représentations au sein de la triade patient/soignant/famille pour la prévention et le traitement du diabète et de l'obésité ?

S. Degrange¹, C. Legrand¹, B. Pétré¹, A. Scheen², M. Guillaume¹

¹ Université de Liège, Liège, Belgique ;

² CHU de Liège, Liège, Belgique.

Introduction : Le suivi au long cours d'un malade chronique exige l'évolution du rôle du professionnel de santé vers une mission de soignant-éducateur en collaboration avec le patient. Favoriser une communication efficace entre le soignant, son patient et l'entourage est essentiel. Ceci suppose d'étudier les enjeux liés aux représentations de chaque acteur de la prise en charge.

Patients et méthodes : Notre enquête sur 15 triades (patient obèse ou diabétique de type 2/soignant/famille ou proche) étudie non seulement les représentations individuelles (« ce que je pense »), mais aussi celles attribuées (« ce que je pense que l'autre pense ») de chacun des acteurs, en vue de procéder à une comparaison pour mieux comprendre la dynamique relationnelle qui se joue entre eux. Le récit de vie est utilisé pour favoriser l'expression la plus libre des participants. Les représentations individuelles et attribuées des acteurs de chaque triade ont été comparées afin d'analyser leur fonctionnement.

Résultats : Des discordances de représentations non-partagées entre les trois acteurs engendrent des niveaux de communication différents. Le non-partage est renforcé, d'une part, par l'isolement de la famille et, d'autre part, par l'instrumentalisation de la pathologie, devenant objet au centre des prises en charge du diabète et de l'obésité. Le patient est ainsi séparé de son histoire personnelle et de son vécu émotionnel dans la rencontre avec le soignant. Se sentant peu intégré comme personne à part entière, son degré d'adhésion et son niveau de qualité de vie restent insuffisants et les prises en charge s'essoufflent sur le long terme.

Conclusion : Le fonctionnement communicationnel de la triade est loin d'être optimal car il s'organise sur une structure informelle, implicite, intégrant de nombreux « non-dits ». Les programmes de formation des soignants doivent évoluer et tenir compte des besoins spécifiques liés aux maladies chroniques, notamment en termes éducatifs.

P112 Prise en charge de l'hyperglycémie récemment diagnostiquée à l'hôpital ; étude interventionnelle : résultats à 4 mois

D. Mouroux, A. Provansal, M. Guillaume, A. Bernadac, S. Occhipinti, C. Ros, J. Cohen

Hôpital Saint-Joseph, Marseille.

Objectif : améliorer la prise en charge des patients hospitalisés chez les quels une hyperglycémie est découverte fortuitement.

Patients et méthodes : observation initiale : sur 12 jours consécutifs, étude de la prise en charge des patients ayant une glycémie > 2 g/l observée pour la première fois au laboratoire de l'hôpital. 83 patients consécutifs dépistés moyenne d'âge : 72,2 (29-99), dont 65 ont moins de 80 ans. Glycémie moyenne : 2,81 g/l (2,01-8,90), 32 diabètes connus, 51 découvertes. Sur les découvertes 35 (69 %) n'ont pas été pris en considération, 4 (8 %) ont bénéficié d'un avis spécialisé et d'une annonce. Une campagne d'information par email et par information directe dans les services a été réalisée sur la conduite à tenir : contrôle hba1c, acétole et glycémie à jeun, suivi d'avis spécialisé si hba1c $> 6,5$ %

Résultats : 4 mois après même technique de prélèvement population : 89 patients Age moyen : 68,5 (30-93), 67 ont moins de 80 ans. Diabète connu 49 (55 %), découverte d'une hyperglycémie 40 (45 %), 19 ont eu plusieurs mesures glycémiques : (47,5 %), 8 ont eu hba1c $< 6,5$, Avis spécialisé : 4 (10 %) Mise en place d'un traitement direct 3 (8 %) Non pris en considération 25 (62,5 %) Avis spécialisé pour diabétiques connus : 20 fois pour 49 soit 41 %

Conclusion : La prévalence des patients hyperglycémiques à l'hôpital est importante. La méconnaissance d'un diabète augmente le risque d'infection sévère et la mortalité. Beaucoup de travail d'information reste à faire. Le nombre de glycémies excessives non pris en compte est important (2/3 des hyperglycémies présentes). Un avis spécialisé a été sollicité 1 fois sur 2 quand le diabète est connu mais seulement dans 10 % des découvertes d'hyperglycémies

P113 Caractéristiques du diabète du sujet âgé à Cotonou, Bénin

F. Djrolo, J. Gninkoun, A. Alassani

Faculté des sciences de la santé, Cotonou, Bénin.

Introduction : Selon la littérature environ 23 % des personnes diabétiques sont âgées de plus de 65 ans. Une forte prévalence des complications microvasculaires et macrovasculaires est souvent responsable de la morbidité et de la mortalité élevées chez les patients diabétiques âgés. Objectif : identifier les facteurs associés au taux élevé de morbidité et de mortalité chez les diabétiques âgés.

Patients et méthodes : Étude rétrospective transversale incluant les patients diabétiques hospitalisés du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012. Est considéré comme diabétique âgé tout patient âgé de 65 ans ou plus. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des tests de khi2 et de student. La différence est considérée comme significative pour $p < 0,05$.

Résultats : Sur 478 patients diabétiques hospitalisés, 135 étaient âgés soit une prévalence de 28,20 % (IC 95 % : 24,30-32,50 %). L'âge moyen des patients âgés était de $71,83 \pm 6,32$ ans, avec des extrêmes de 65 à 94 ans. Les principales complications étaient significativement plus fréquentes chez les patients âgés que chez les autres : le pied diabétique (46,70 % versus 17,0 %, $p < 10^{-6}$), le déséquilibre du diabète (28,10 % versus 35,10 %, $p < 0,07$), le syndrome hyperglycémique hyperosmolaire (20,0 % versus 10,0 %, $p = 0,002$), la neuropathie (54,90 % versus 17,70 %, $p < 10^{-4}$), l'artériopathie des membres pelviens (48,90 % versus 10,80 %, $p < 10^{-4}$) et la néphropathie diabétique (37,80 % versus 3,0 %, $p < 10^{-4}$). Il en est de même pour l'hypertension artérielle (87,89 % versus 63,94 %, $p = 0,03$). L'évolution a été favorable dans 63,70 % des cas. La mortalité était de 34,10 %. Certains facteurs tels que la présence du pied diabétique et la présence des complications vasculaires étaient associés statistiquement ($< 10^{-4}$) à la mortalité.

Conclusion : Le diabète du sujet âgé devient de plus en plus fréquent et est responsable d'un niveau de morbidité et de mortalité élevé. Une éducation pour la prévention du pied diabétique permettrait de réduire le taux d'hospitalisation et de mortalité des patients diabétiques âgés.

P114 Bilan de la journée de dépistage du diabète au CH Simone-Veil (95) sur 6 ans

C. Ruault, K. Lachgar, C. Farez-Grim, L. Kouiri, K. Takbou

CH Simone-Veil, Eaubonne.

Introduction : Chaque année est organisé au CH Simone Veil (Eaubonne) une journée d'information et de dépistage dans le cadre de la journée mondiale du diabète.

Matériels et méthodes : Cet atelier est réalisé dans le hall d'accueil du CH Simone Veil avec 2 infirmières et 1 diététicienne du service de diabétologie, ainsi que 2 délégués médicaux de laboratoire différents. Les personnes accueillies ont pu recevoir ou consulter des documents généralistes sur le diabète et poser des questions. Le dépistage est effectué à partir d'une glycémie capillaire. En cas de glycémie anormale, un courrier est remis au patient à l'attention de son médecin traitant. Des données sont relevées pour chaque personne dépistée (tour de taille, IMC, sexe, facteurs de risque cardiovasculaires, antécédents familiaux de diabète...) permettant d'analyser l'évolution du profil de la population au fur et à mesure des années. Nous rapportons les résultats du dépistage sur 6 années (de 2007 à 2012).

Résultats : Sur les 885 personnes dépistées en 6 ans, 7 % avaient une glycémie anormale. 5 % (soit 46 personnes) avaient une glycémie capillaire à jeun entre 1,1 et 1,25 g/l ou entre 1,4 et 2 g/l en post-prandial. Chez 1 % de la population totale (9 personnes), la glycémie était évocatrice d'un diabète ($> 1,26$ g/l à jeun ou > 2 g/l en post-prandial). 10 personnes (soit environ 1 %) avait un diabète déjà connu.

Conclusion : Cette journée réalisée chaque année permet de sensibiliser le grand public sur les risques et les complications possibles du diabète et de leur permettre de bénéficier d'un dépistage gratuit. Chez chaque personne ayant une glycémie anormale, une prise en charge médicale adaptée a ainsi pu être débutée. Le 14 novembre 2013, une nouvelle journée de dépistage et d'information sur le diabète aura lieu au CH Simone Veil.

P115 L'acidose inaugurale dans le DT1 : fréquence en pédiatrie, comportement des praticiens devant une suspicion de DT1 et stratégie d'éviction

A. Zennaki¹, A. Ouzzaa², M. Gharnouti², A. Reguieg², S. Niar², A. Bouchetara², M. Naceur², I. Abdal², M. Bessahroui², K. Bouziane-Nedjadi²

¹ Service de pédiatrie C, Clinique A-Cabral, CHU d'Oran, Oran, Algérie ;

² Service de pédiatrie « C », CHU d'Oran, Oran, Algérie ;

³ Service de gastroentérologie et nutrition pédiatrique, EHS de Canastel, Oran, Algérie.

Introduction : L'acidocétose diabétique inaugurale (ACDI) est une cause non négligeable de mortalité et de co-morbidité. Elle est due à un retard à la reconnaissance des signes d'hyperglycémie. Des résultats encourageants ont été obtenus lors de campagnes de sensibilisation de par le monde. Notre objectif est de faire un état des lieux en vue de la réduction de l'ACDI.