



AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie

Le diabète de l'enfant

Séminaire Diabète
du 28 au 30 avril 2011



▶ **Groupe de réflexion co-piloté par :**

- **Dr Joël Agenor**
- **Mme Vanessa Nicol**

▶ **Synthèse présentée par :**



Problématiques et enjeux

Beaucoup à faire au niveau de l'information pour un faible public

- Comment aider les parents à dédramatiser l'annonce du diabète de leur enfant ?
- Comment inciter les médecins à opter pour un mode d'administration de l'insuline et non imposer le stylo avec pré-dosage ?
- Comment donner aux parents toutes les informations nécessaires à la gestion du diabète de leur enfant de retour à la maison?



Le diabète de l'enfant est un diabète de type 1

Définition:

- Le diabète de type 1 ou diabète insulino-dépendant (DID), parfois diabète inné est une forme de diabète sucré qui apparaît le plus souvent de manière brutale chez l'enfant ou chez le jeune adulte mais parfois le diabète peut être présent depuis la naissance et ne se manifester qu'à l'adolescence. Elle se caractérise par une émission d'urine excessive (polyurie), une soif intense (polydipsie) et un appétit anormalement augmenté (polyphagie). Il a aussi pour conséquence un amaigrissement malgré une prise de nourriture abondante, une hyperglycémie (c'est-à-dire un excès de glucose dans le sang) supérieure à 1,26 g/l de sucre dans le sang à jeun, ou supérieure à 2 g/l (11 mmol/l) à n'importe quel moment de la journée, avec parfois présence d'acétone dans les urines accompagnée d'une haleine «de pomme reinette» caractéristique.
- Les diabétiques de type 1 doivent régulièrement contrôler leur glycémie, s'injecter de l'insuline plusieurs fois par jour, et manger de manière équilibrée.



Public concerné

- Parents d'enfants diabétiques
- Enfants diabétiques
- Adolescents diabétiques



Acteurs concernés

- Endocrinologues
- Endocrinologues pédiatres
- Infirmier(e)s
- Diététiciennes de l'hôpital



Etat des lieux

- L'annonce du diabète de son enfant/ado est vécue comme dramatique pour toutes les conséquences sur la vie quotidienne et l'idée qu'on se fait du futur d'un diabétique
- Le stylo injecteur est systématiquement prescrit alors qu'il existe 2 autres modes d'administration de l'insuline sous cutanée.
- L'alimentation conseillée est trop restrictive



Il existe 3 modes d'injection de l'insuline:

- 1 - Le stylo avec un dosage pré-défini entre le pourcentage d'insuline rapide et lente. Le mélange est déjà fait dans la cartouche du stylo. Pas de manipulation, on fixe la quantité et on injecte. Le stylo s'emmène facilement dans un sac. Par contre, l'impact sur la peau est plus douloureux et peut laisser des bleus. On ne peut modifier le pourcentage rapide / lente.
- 2 - La seringue en prélevant de l'insuline rapide et de l'insuline lente dans les cartouches pour faire son propre dosage. Plus compliqué à manipuler, demande de bien connaître le rapport taux de sucre de départ / repas ingéré / quantité d'insuline rapide et lente à injecter / rapport nuit / jour. Plus précis, permet de meilleurs résultats et plus de liberté pour l'enfant si bien utilisé.
- 3 - La pompe à insuline: l'insuline rapide est injectée en continu en sous-cutanée à travers un cathéter à changer tous les 2 à 3 jours. Evite les piqûres quotidiennes, plus de liberté pour l'alimentation, mais se voit et se porte en permanence.

Il appartient à chacun de choisir ce qui lui convient le mieux avec son médecin.



Carences

- Absence d'aide des parents/jeunes de retour à la maison.
- Prescription automatique du stylo injecteur, au détriment des seringues
- Absence de bilan médical régulier à l'hôpital
- Absence de prise en charge CAFAT du transport pour voyage thérapeutique du jeune avec l'AJD



Pistes de réflexion

- Former une diététicienne et une infirmière au diabète de l'enfant pour un suivi après l'hôpital et une adaptation de traitement au mode de vie réel du jeune
- Mettre en place un partenariat entre l'AJD et les acteurs
- Définir un protocole de suivi du jeune diabétique

Restitution

Le bilan

- Recommandations HAS : pas de bilan précoce chez l'enfant
- NC : pas de structure d'éducation.
Carence ++
- Pompes et seringues semblent instituées depuis longtemps sur le territoire
- Population : 2 à 3 nouveaux cas par an sur le CHT

pédiatres

- Peu de cas donc moins de structuration des soins
- Amélioration des relations entre les soignants notamment entre les pédiatres et les endocrinologues
- Relai au niveau des dispensaires
- Plus de moyens humains

Formation et adaptation

- Formation des diététiciennes et infirmières pour le suivi après l'hôpital
- Partenariat à mettre en place avec l'Aide aux Jeunes Diabétiques pour formation des jeunes diabétiques en camp de vacances en Métropole
- Apport du vécu des parents + insulinothérapie fonctionnelle = modification du régime qui devient moins restrictif
- Les soignants s'adaptent au besoin et à la vie du patient +++
- Adaptation à la vie scolaire notamment pour adapter le nombre d'injection. Intérêt des pompes

Implication des acteurs

- Annonce : amélioration souhaitable
- Rôle d'une psychologue à orientation pédiatrique
- Relationnel ++ entre les parents et le médecin qui fait l'annonce
- Le nombre de diététiciennes a augmenté sur le territoire
- Importance des stages de diététique pédiatrique en France. Prise en charge Cafat ?

Collaboration

- Association des jeunes diabétiques ? Les retours sont très positifs
- ASS et CAFAT prendraient en charge la part éducative
- Avion et accompagnateur ? Qui paye ?
- Protocole de soins des enfants ? A développer en collaboration entre parents et soignants ++
- Importance des infos pratiques. Les parents doivent être le pivot de la prise en charge