



L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE (HbA_{1c}) donne la meilleure mesure intégrée de l'équilibre glycémique pendant les deux à quatre mois précédant l'analyse. Le résultat de cette analyse (exemple : 6,6) est divisé par la valeur de la limite supérieure de la normale fournie par le laboratoire (exemple : de 4,5 à 6,5) et donne un pourcentage permettant de situer le niveau de maîtrise glycémique du patient. Ainsi, un résultat de 6,6 divisé par 6,5, soit la limite supérieure de la normale du laboratoire, donne un pourcentage de 110 %, soit un niveau optimal (tableau I).

Si les niveaux cibles individualisés pour une personne souffrant du diabète de type 2 n'ont pas été atteints en deux à quatre mois, il faut passer à l'étape suivante de traitement indiquée dans la stratégie graduelle proposée à la figure 1¹. Le taux d'échec des sulfonylurées est d'environ 25 à 30 % chez les personnes atteintes du diabète de type 2, et il augmente d'environ 5 à 10 % par an par la suite².

Quand faut-il amorcer l'insulinothérapie ?

Denis a revu la diététiste et il continue à faire de l'exercice, mais il a remarqué que sa tolérance à l'effort a beaucoup diminué. Son diabète est mal équilibré. Il reçoit la thérapie orale maximale, et l'anamnèse révèle qu'il

Le Dr Michel Racine, omnipraticien et professeur adjoint de clinique, exerce à l'unité de médecine familiale de la Cité de la Santé de Laval. M^{me} Guylaine Forget, inf., B.Sc., est adjointe au coordonnateur des programmes cardiovasculaire, respiratoire, diabète et imagerie médicale au Centre hospitalier ambulatorio régional de Laval.

L'amorce de l'insulinothérapie comment l'annoncer au patient ?

par Michel Racine et Guylaine Forget

Denis, 47 ans, est diabétique depuis 1988. Le dosage de l'HbA_{1c} effectué il y a deux semaines, indique 10,2 (normale : 4,5 à 6,5). Il a reçu dans un premier temps 850 mg de metformine (Glucophage®) trois fois par jour en monothérapie. Une bithérapie orale a ensuite été introduite avec l'ajout de glyburide (Diabeta®), dont la dose a été progressivement augmentée jusqu'à 10 mg deux fois par jour. Depuis trois mois, Denis prend en plus 8 mg par jour de rosiglitazone (Avandia™).

Denis a rendez-vous avec vous aujourd'hui. Vous consultez son dossier avant de le recevoir. Qu'allez-vous lui suggérer ?

prend ses médicaments régulièrement et correctement.

L'insuline est indispensable aux personnes atteintes du diabète de type 1. Celles qui souffrent du diabète de type 2 peuvent avoir besoin d'insuline à un stade ou l'autre de la maladie¹. Elles peuvent avoir besoin d'une insulinothérapie temporaire pendant des périodes de maladie ou de stress. Beaucoup de patients souffrant du diabète de type 2 ne répondent plus à la thérapie nutritionnelle ni aux agents oraux et ont besoin d'insuline pour contrôler leur métabolisme. Ce phénomène est probablement dû à l'épuisement de la sécrétion pancréatique à long terme. Les patients atteints du diabète de type 2 ayant un indice de

masse corporelle (IMC) inférieur à 25 et des symptômes cataboliques lorsqu'ils sont sous traitement avec des hypoglycémifiants oraux (HGO) devraient commencer à prendre de l'insuline plus rapidement, sans nécessairement attendre que deux ou trois antidiabétiques aient échoué. On estime ainsi que de 15 à 20 % des adultes atteints du diabète de type 2 auront un diabète auto-immun de survenue tardive (*late-onset autoimmune-mediated diabetes*). L'épuisement de la sécrétion pancréatique étant plus lent chez eux que chez les personnes atteintes du diabète de type 1, ils peuvent répondre temporairement aux hypoglycémifiants oraux, mais il est toutefois préférable de les traiter à l'insuline.

Si, avec un régime incluant une thérapie nutritionnelle appropriée, de l'exercice et une thérapie orale à dose maximale, les objectifs de traitement n'ont pas été atteints, il faut alors amorcer une insulinothérapie afin de mieux maîtriser la glycémie.

Repère

Tableau I

Niveaux de maîtrise glycémique

	Niveau			
	idéal (non diabétique normal)	optimal (cible)	sous-optimal (une intervention peut être requise)	inadéquat (une intervention est requise)
Hb glyquée (HbA _{1c}) (% de la limite supérieure de l'hémoglobine glyquée)	≤ 100	≤ 115	116 à 140	> 140
Glycémie à jeun ou avant le repas (mmol/L)	3,8 à 6,1	4 à 7	7,1 à 10	> 10
Glycémie 1 à 2 h après le repas (mmol/L)	4,4 à 7	5,0 à 11	11,1 à 14	> 14

Source : Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada. *JMAC* 1998 ; 159 (Suppl 8).

Ces patients sont minces, on retrouve un contexte auto-immun et l'absence d'antécédents familiaux de diabète de type 2^{1,3,4}.

Si, avec un régime incluant une thérapie nutritionnelle appropriée, de l'exercice et une thérapie orale à dose maximale, les objectifs de traitement n'ont pas été atteints, il faut alors amorcer une insulinothérapie afin de mieux maîtriser la glycémie.

L'insulinothérapie a pour but de remplacer l'hormone de manière à reproduire la sécrétion d'insuline aussi fidèlement que possible et, ultimement, de ramener à la normale les concentrations de glucose plasmatique, de supprimer la cétogenèse et de maintenir la vitalité et la santé des patients atteints du diabète (*tableau II*)³.

Quelles sont les barrières à l'insulinothérapie ?

L'insulinothérapie, lorsqu'elle devient nécessaire, demeure un objet de crainte et de résistance pour beaucoup

de patients diabétiques. Le médecin ne sait pas toujours comment annoncer à son patient que l'insulinothérapie devient à ce stade le traitement par excellence.

Il se sent maladroit et (ou) n'a peut-être pas les arguments nécessaires pour annoncer à son patient qu'il doit commencer un traitement à l'insuline. Plusieurs médecins devraient peut-être faire une petite introspection afin de vérifier quelles sont les valeurs, les croyances et les connaissances qu'ils transmettent à leurs patients depuis qu'ils les traitent pour le diabète.

Certains médecins vont même jusqu'à retarder volontairement l'amorce de l'insulinothérapie et décident plutôt de révéifier l'HbA_{1c} trois mois plus tard, sachant très bien qu'ils ne font que retarder l'échéance.

Les patients diabétiques doivent recevoir les bonnes informations, et ce, dès que le diagnostic de diabète est posé. L'information doit être donnée graduellement, dans un langage simple, et être claire. Les renseignements sur

la maladie, les traitements et les complications doivent être transmis de façon à ce que le message soit à peu près uniforme d'un intervenant à l'autre. Ils devront être précis et honnêtes. Les propos menaçants ou punitifs doivent être bannis du langage médical.

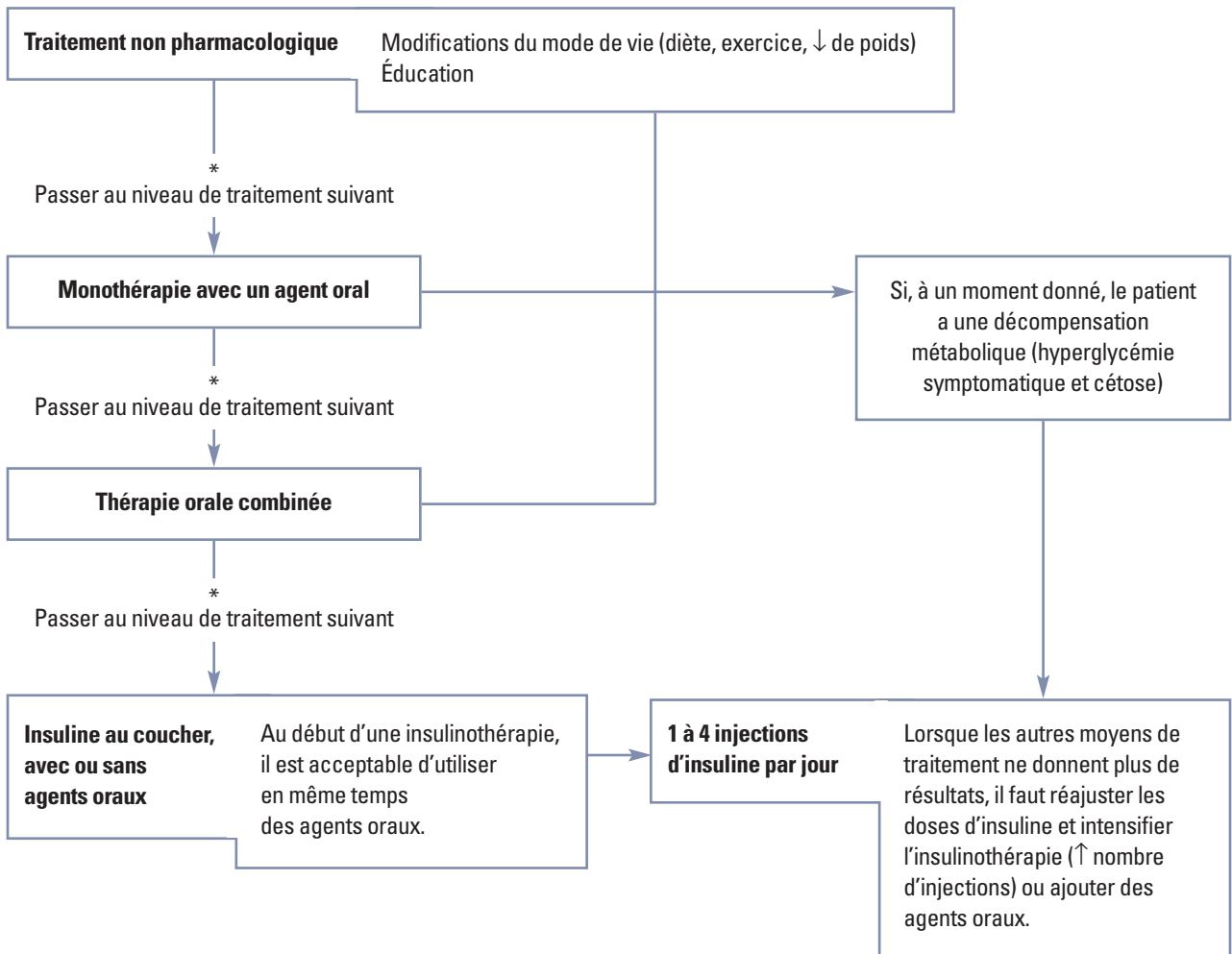
Combien de fois utilise-t-on la réplique punitive : « Si vous ne faites pas attention, vous devrez commencer à prendre de l'insuline » ou encore, « si vous ne prenez pas d'insuline, vous allez devenir aveugle ou vous vous retrouverez en dialyse. » Cette façon de faire crée la peur, qui risque d'entraîner à son tour de la résistance, et si un jour le patient doit prendre de l'insuline, il lui sera fort probablement plus difficile d'accepter ce nouveau mode de traitement.

Quels sont les mythes ou les fausses croyances entourant l'insulinothérapie ?

Denis vous a déjà parlé de sa crainte terrible de devoir recourir un jour à l'in-

Figure 1

Approche graduelle du traitement du diabète de type 2



* Si les objectifs glycémiques personnalisés ne sont pas atteints en deux ou quatre mois, il faut réévaluer les interventions relatives au mode de vie afin d'en maximiser les bénéfices.

Source : Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada. JAMC 1998 ; 159 (Suppl 8).

insuline. Pour lui, ce sera le signe que sa maladie a vraiment progressé, et il est persuadé que l'insuline lui amènera toutes les complications que sa mère a connues, notamment l'amputation de la jambe droite.

Plusieurs mythes entourent l'insulinothérapie. Le manque de connaissances est souvent un élément qui crée de la résistance au passage à l'insulinothérapie (tableau III).

Ces fausses croyances peuvent également dériver d'expériences négatives vécues dans le passé.

La majorité des patients perçoivent l'insulinothérapie comme une aggravation de la maladie. Ce qu'il faut

La majorité des patients perçoivent l'insulinothérapie comme une aggravation de la maladie. Ce qu'il faut livrer comme message, c'est plutôt que l'insuline est une excellente façon d'équilibrer les glycémies, et que l'hyperglycémie prolongée entraîne les complications qui, elles, diminuent la qualité et l'espérance de vie.

Repère

Tableau II

Indications de l'insulinothérapie

- État hyperosmolaire
- Diabète catabolique
- Diabète de type 1
- Diabète de type 2 avec hyperglycémie symptomatique de moyenne à grave
- Diabète de type 2 décompensé (stress, infection, chirurgie, corticothérapie)
- Diabète de type 2 avec intolérance aux HGO
- Diabète de type 2 avec échec de la diète associée aux HGO à dose maximale
- Diabète gestationnel non équilibré par la diète
- Grossesse désirée ou actuelle d'une femme atteinte du diabète de type 2

Tableau III

Mythes sur l'insuline

- L'insuline fait engraisser.
- Le véritable diabète, c'est quand tu es à l'insuline.
- Tu risques de devenir dépendant de l'insuline.
- Si tu prends trop d'insuline, tu risques de faire des crises cardiaques.
- Quand tu es à l'insuline, ton diabète est plus grave.
- L'insuline amène les complications du diabète.
- Si je ne suis pas traité avec de l'insuline, c'est que je suis un peu diabétique.
- Tu peux devenir aveugle avec le temps si tu prends de l'insuline.
- L'insuline mène au coma.
- L'insuline fait perdre le permis de conduire.

livrer comme message, c'est plutôt que l'insuline est une excellente façon d'équilibrer les glycémies, et que l'hy-

perglycémie prolongée entraîne les complications qui, elles, diminuent la qualité et l'espérance de vie. C'est pour cette raison qu'il est important que le patient se responsabilise et prenne en charge son traitement. Le diabète est incontestablement une maladie qui exige une grande collaboration du patient⁵.

Comment l'annoncer ?

La façon d'annoncer le diagnostic du diabète pourra être déterminante, et elle constituera l'un des éléments importants qui influenceront possiblement sur la perception de la maladie et de son traitement^{5,6}. Le processus d'acceptation ou d'adaptation risque de se faire plus facilement si l'approche est individualisée et si la situation est présentée de façon constructive⁷.

Plusieurs études montrent que les attitudes, les croyances et les valeurs influent sur la façon dont le patient prendra en charge sa maladie et son traitement.

Évidemment, les valeurs individuelles, familiales, culturelles et même religieuses peuvent constituer des ob-

Encadré

Pistes servant à guider l'intervention médicale

Valider :

- Croyances
- Connaissances
- Valeurs

stacles ou des incitatifs lors de l'amorce de l'insulinothérapie⁶. Le médecin encouragera le patient à venir accompagné de son conjoint ou d'un proche aux consultations médicales ou aux séances d'enseignement. L'observance du traitement est accrue si le patient bénéficie d'un réseau social⁸. Les associations d'aide aux diabétiques jouent un rôle important. Elles leur permettent de se regrouper, de sortir de leur isolement, d'actualiser leurs connaissances. Elles ont aussi pour effet de maintenir ou de bonifier la motivation.

L'amorce de l'insulinothérapie est incontestablement le moment le plus stressant de la vie d'un diabétique⁹. Il en parle souvent comme d'un échec ou d'un deuil de sa santé. De plus, la peur des aiguilles vient souvent compliquer l'annonce du changement de traitement.

Lorsque le recours à l'insulinothérapie devient incontournable, le médecin de famille doit alors être très clair et en informer le patient sans la moindre hésitation. L'intervention devra être adaptée à l'individu dans sa dimension biopsychosociale⁵.

Certaines personnes, de par leurs traits de personnalité, ont besoin d'une approche dosée ; avec d'autres, il faut aborder la question de front et l'intervention, en plus d'être explicative, devra être péremptoire et autoritaire

(pour certains patients présentant des traits passifs-agressifs ou évitants). Les patients présentant ces traits de personnalité accepteront davantage l'insulinothérapie par désir de se conformer que par conviction personnelle⁹.

La façon dont est perçu ce nouveau mode de traitement pourra même influencer sur l'observance future du traitement. Il est donc important de prendre le temps de répondre aux questions du patient, de l'encourager à verbaliser ses craintes et de trouver des stratégies adaptées à ses besoins.

Afin d'éviter une trop forte anxiété, le délai entre la décision et la première injection doit être le plus court possible^{5,10}. Si le patient entreprend une insulinothérapie, il doit être bien informé et assuré de la disponibilité du médecin ou de l'équipe soignante.

Il est en général préférable d'amorcer l'insulinothérapie sur une base ambulatoire, car cette approche se veut moins dramatisante qu'en milieu hospitalier. Lorsqu'un traitement à l'insuline est amorcé, il est important de valider et de compléter les connaissances du patient sur les risques d'hypoglycémie ainsi que sur les mesures de prévention et de traitement de celle-ci.

Le médecin de famille qui suit un patient souffrant de diabète a déjà des multitudes de sources d'information. Plusieurs éléments peuvent le guider dans l'annonce de l'amorce de l'insulinothérapie et la façon de faire.

L'anamnèse s'avère un excellent moyen d'explorer les connaissances, les valeurs et les croyances du patient sur l'insulinothérapie. La majorité des diabétiques ont dans leur famille un proche souffrant de cette maladie. À partir des données transmises par le patient, vous pouvez recueillir beaucoup d'informations et poursuivre

l'anamnèse avec une question ouverte. Par exemple : Que connaissez-vous de l'insulinothérapie ? La question ouverte permet au médecin d'explorer le degré de connaissances, les craintes ainsi que les valeurs du patient. Il aura ainsi certaines pistes qui pourront le guider dans son intervention (*voir l'encadré*).

Comment convaincre un patient que l'insulinothérapie est le meilleur traitement ?

Pour vendre une automobile, par exemple, il faut vanter ses mérites. Pour réussir à faire accepter plus facilement l'insulinothérapie, il faut utiliser des arguments de vente. Le patient diabétique qui maintient un contrôle sous-optimal des taux d'HbA_{1c} manifeste la plupart du temps des symptômes associés à une hyperglycémie. La fatigue, la polyurie et la polydipsie viennent très souvent diminuer sa qualité de vie, et le patient en parle souvent comme d'un handicap important dans son quotidien. Certains patients diabétiques confondent bien souvent la léthargie qu'engendre un diabète mal équilibré avec des symptômes de dépression, ou encore avec le vieillissement « normal », c'est-à-dire l'âge.

Pour vendre une automobile, par exemple, il faut vanter ses mérites. Pour réussir à faire accepter plus facilement l'insulinothérapie, il faut utiliser des arguments de vente. Le patient diabétique qui maintient un contrôle sous-optimal des taux d'HbA_{1c} manifeste la plupart du temps des symptômes associés à une hyperglycémie. La fatigue, la polyurie et la polydipsie viennent très souvent diminuer sa qualité de vie, et le patient en parle souvent comme d'un handicap important dans son quotidien. Certains patients diabétiques confondent bien souvent la léthargie qu'engendre un diabète mal équilibré avec des symptômes de dépression.

Repère

Tableau IV

Contre-indications relatives à l'insulinothérapie

- Limites du patient (arthrite, troubles visuels, etc.)
- Comorbidité importante
- Autocontrôle refusé ou impossible

L'insuline permettra au patient d'atténuer ces symptômes et de retrouver l'énergie perdue si insidieusement. Insister sur les effets à court terme reste un atout, car les bénéfices de l'insulinothérapie se font souvent sentir dès les premières injections d'insuline. Il faut toutefois avertir le patient que l'insuline n'est pas une panacée et qu'il est aussi souvent nécessaire d'ajuster la dose pour atteindre des glycémies optimales, ce qui peut prendre quelques semaines dans certains cas.

Un autre argument permet d'aider le patient à accepter l'insulinothérapie : l'insuline améliore la maîtrise de la glycémie qui, elle, diminue ou retarde considérablement les complications du diabète. L'essai Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) pourra être cité à titre d'exemple, car cette étude, d'une durée de 10 ans, a clairement démontré que le traitement intensif du diabète

de type 1 par injections multiples avait réduit considérablement l'apparition ou la progression des complications du diabète¹¹. L'étude UKPDS corrobore ces mêmes données, mais avec des patients atteints du diabète de type 2¹².

Montrer les outils de traitement offerts sur le marché et, au besoin, faire la démonstration du mode d'utilisation devraient faire partie intégrante des modalités d'annonce du traitement à l'insuline. La vue d'un stylo injecteur ou d'une seringue unidose avec une aiguille courte et fine permet très souvent au patient de dédramatiser l'insulinothérapie.

La prescription d'insuline devrait être adaptée aux objectifs glycémiques du patient, à son mode de vie, à son alimentation, à son âge, à son état de santé général, à sa motivation ainsi qu'à sa situation familiale, sociale et financière¹. Le médecin doit de plus vérifier les limites du patient et ses difficultés potentielles face à l'insulinothérapie³ (tableau IV).

Le patient demeure libre de refuser le traitement. Le médecin, tout en lui reconnaissant cette liberté, lui confirmera fermement, sans équivoque, son opinion professionnelle. Il devra s'assurer que le patient comprend bien les enjeux de sa décision, de façon qu'elle soit la plus éclairée possible. Le médecin doit rester disponible si le patient modifie ultérieurement sa décision.

S'il entreprend une insulinothérapie, le patient doit être assuré de la disponibilité du médecin. L'enseignement peut se faire au cabinet, si le médecin peut disposer d'une soixantaine de minutes. Mais le médecin de famille pourrait aussi avoir besoin d'orienter le patient vers une équipe multidisciplinaire, qui lui enseignera les nouvelles connaissances et les nou-

velles techniques et l'aidera à cheminer vers l'acceptation de ce nouveau mode de traitement.

DÈS L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC de diabète, le médecin de famille aura pour rôle d'informer le patient sur les différents modes de traitement de cette maladie. L'échec des hypoglycémifiants oraux devra être compris comme l'évolution d'un traitement qui est devenu inefficace ou inadéquat, et non comme un échec personnel (déculpabilisation). Il faut insister sur les multitudes de traitements du diabète disponibles.

Si l'amorce de l'insulinothérapie devient incontournable, le patient aura déjà obtenu les bonnes informations qui l'aideront à l'accepter plus facilement. Le médecin devra adopter une approche individualisée. Pour ce faire, les connaissances, les valeurs et les croyances du patient sont les premiers éléments qui l'aideront à annoncer le passage à l'insuline. L'élaboration de stratégies adaptées faisant appel au réseau de soutien du patient fera aussi partie de la mission de l'équipe médicale.

Le médecin utilisera des arguments susceptibles de faciliter l'acceptation de l'insulinothérapie. Il est important qu'il insiste sur les bénéfices à court et à long terme de l'insulinothérapie. Il aura, au préalable, dégagé des pistes qui lui permettront de faire valoir les avantages du traitement à l'insuline.

Monter les outils thérapeutiques et, au besoin, faire la démonstration du mode d'emploi s'avèrent un excellent moyen de dédramatiser l'insulinothérapie.

L'orientation du patient vers un centre spécialisé en diabète doté d'une équipe multidisciplinaire peut consti-

tuer un excellent moyen d'aider le patient à comprendre et à accepter plus facilement l'insulinothérapie (la liste des centres d'enseignement pour diabétiques du Québec est présentée en annexe). □

Date de réception : 12 juin 2001.

Date d'acceptation : 2 novembre 2001.

Mots clés : insulinothérapie, amorce du traitement, enseignement.

Bibliographie

1. Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada. *JAMC* 1998 ; 159 (Suppl 8).
2. Genuth S. Management of the adult onset diabetic with sulfonylurea drug failure. *Endocrinol Metabolism Clin N Am* juin 1992 ; 21 (2) : 351-70.
3. Rowe R. Advances in diabetes therapy. *Can J CME* mars 2000 : 47-54.
4. Knight B. Insulin in the treatment of type 2 diabetes. *Can Diabetes* septembre 1997 ; 10 (3) : 6-7.
5. Fitzgerald JT, Gruppen LD, Anderson RM, Funnell MM, Scott JJ, Grunberger G, et al. The influence of treatment modality and ethnicity on attitudes in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000 ; 23 : 313-8.
6. Audet J. Diabète : comment livrer le message ? *Le Médecin du Québec* août 1995 ; 30 (8) : 31-6.
7. Via PS, Salyer J. Psychosocial self-efficacy and personal characteristic of veterans attending a diabetes education program. *Diabetes Educator* 1999 ; 25 : 727-37.
8. Fukunishi I, Horikawa N, Yamazaki T, Shirasaka K, Kanno K, Akimoto M. Perception and utilization of social support in diabetic control. *Diabetes Res Clin Pract* 1998 ; 41 : 207-11.
9. Gentili P, Maldibato A, Bloise D, Burla F, Coronel G, Di Paolantonio T. Personality variables and compliance with insulin therapy in type 2 diabetic subjects. *Diabetic Nutritional Metabolism* 2000 ; 13 (1) : 1-6.
10. Zambanini A, Newson R B, Maisey M, Feher MD. Injection related anxiety in insulin-treated diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 1999 ; 46 : 239-46.
11. D.C.C.T. Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the de-

Centres d'enseignement pour diabétiques

Région 01 – Bas-Saint-Laurent

C. H. de Matane
Médecine de jour
Tél. : (418) 562-3135, poste 2205
Télé. : (418) 562-9374

C. H. régional de Rimouski
Clinique du diabète
Tél. : (418) 724-8562
Télé. : (418) 724-8420

C. H. régional du Grand-Portage
Médecine de jour
Tél. : (418) 868-1010, poste 648 ou 649
Télé. : (418) 868-1998

Centre mitissien de santé
et de services communautaires
Tél. : (418) 775-7261, poste 4148
Télé. : (418) 775-7499

Réseau santé Kamouraska
Hôpital Notre-Dame de Fatima
Unité de jour
Tél. : (418) 856-3540, poste 217
Télé. : (418) 856-3736

C. H. Notre-Dame-du-Lac
Centre de diabète
Tél. : (418) 899-6751

Région 02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean

Centre de santé Maria-Chapdelaine
(Dolbeau – Mistassini)
Centre d'enseignement pour diabétiques
Tél. : (418) 276-1234, poste 3188
Télé. : (418) 239-2502

Centre de santé Maria-Chapdelaine
(Normandin)
Centre d'enseignement pour diabétiques
Tél. : (418) 274-1234, poste 348
Télé. : (418) 274-6970

CLSC des Prés Bleus (Saint-Félicien)
• point de service à Roberval
Tél. : (418) 679-5270
Télé. : (418) 679-1748

CLSC Le Norois
Tél. : (418) 668-4563
Télé. : (418) 668-2251

Complexe hospitalier de la Sagamie
Pavillon Saint-Vallier
Centre d'enseignement pour diabétiques
Tél. : (418) 541-1234, poste 2557
Télé. : (418) 541-1163

Région 03 – Capitale nationale

C. H. de Charlevoix
Clinique du diabète
Tél. : (418) 435-5150
Télé. : (418) 435-3960

C. H. de La Malbaie
Médecine de jour – enseignement
aux diabétiques
Tél. : (418) 665-1700, poste 2117
Télé. : (418) 665-1732

CHA – Hôpital Enfant-Jésus*
Unité d'enseignement
et de traitement diabétique
Tél. : (418) 649-5549
Télé. : (418) 649-5944

CHA – Hôpital Saint-Sacrement
Centre d'enseignement pour diabétiques
Tél. : (418) 682-7590
Télé. : (418) 682-7552

CHUQ – Pavillon CHUL
Centre de jour pour diabétiques
Tél. : (418) 654-2741
Télé. : (418) 654-2792

CHUQ – Pavillon Hôtel-Dieu
Clinique du diabète
Tél. : (418) 691-5592
Télé. : (418) 691-5331

CHUQ – Pavillon Saint-François-d'Assise
Centre de jour pour diabétiques
Tél. : (418) 525-4412
Télé. : (418) 525-4354

Hôpital Laval
Tél. : (418) 656-8711, poste 5708
Tél. : (418) 656-4761

CLSC Orléans (Beauport)
Programme d'enseignement pour la personne
diabétique
Tél. : (418) 663-2572
Télé. : (418) 663-2263

CLSC Orléans (Beaupré)
Programme d'enseignement
pour la personne diabétique
Tél. : (418) 827-5241
Télé. : (418) 827-8846

CLSC La Source
Tél. : (418) 849-2572
Télé. : (418) 849-0661

Région 04 – Mauricie

Carrefour de santé et services sociaux
Secteur communautaire
Clinique du diabète
Tél. : (819) 523-4581
Télé. : (819) 523-7742

C. H. régional de Trois-Rivières
Pavillon Saint-Joseph
Centre de jour du diabète
Tél. : (819) 697-3333, poste 53479
Télé. : (819) 372-3510

CLSC Centre de la Mauricie
Centre de jour pour diabétiques
Tél. : (819) 539-8371
Télé. : (819) 539-9215

Centre de santé Odanak
Centre de diabète
Tél. : (450) 568-6766
Télé. : (450) 568-6717

Région 05 – Estrie

CHUS – Hôtel-Dieu
Centre de jour régional pour diabétiques
Tél. : (819) 822-6771
Télé. : (819) 822-6727

CHUS – Hôpital Fleurimont
Unité d'enseignement et de traitement
pour diabétiques
Tél. : (819) 346-1110, poste 15144
Télé. : (819) 829-3247

Région 06 – Montréal

Centre de jour pour diabétiques du Lakeshore
Tél. : (514) 630-5337
Télé. : (514) 630-2372

C. H. Angrignon – Pavillon Lasalle
Département d'endocrinologie
Tél. : (514) 362-1000, poste 1622
Télé. : (514) 367-8635

Centres d'enseignement pour diabétiques

C. H. Angrignon – Pavillon Verdun
Département d'endocrinologie
Tél. : (514) 362-1000, poste 2474
Télééc. : (514) 765-7306

CHUM – Pavillon Hôtel-Dieu
Unité des soins ambulatoires
Unité de jour de diabète
Tél. : (514) 890-8000, poste 14658
Télééc. : (514) 412-7263

CHUM – Pavillon Notre-Dame*
Centre de jour pour diabétiques
Tél. : (514) 890-8000, poste 26947
Télééc. : (514) 412-7767

CHUM – Pavillon Saint-Luc
Clinique de médecine
Tél. : (514) 890-8000, poste 35694
Télééc. : (514) 412-7350

CLSC NDG Montréal Ouest
Tél. : (514) 485-1670

CLSC Verdun-Côte-Saint-Paul
Clinique diabète
Tél. : (514) 766-0546, poste 241
Télééc. : (514) 762-4139

CUSM – Hôpital général de Montréal
Clinique du diabète
Tél. : (514) 934-8335 (général)
Tél. : (514) 937-6011, poste 4212 (infirmière)
Télééc. : (514) 934-8361

CUSM - Hôpital Royal Victoria
Metabolic Day Center
(514) 842-1231, poste 5371
Télééc. : (514) 843-2838

Diabétaide, Association Diabète Québec*
Tél. : (514) 259-3422/1-800-361-3504
Télééc. : (514) 259-9286

Hôpital de Montréal pour enfants
Clinique du diabète
Tél. : (514) 934-4400, poste 2860
Télééc. : (514) 934-4364

Hôpital général juif
Clinique du diabète
Tél. : (514) 340-8222, poste 5787
Télééc. : (514) 340-7529

Hôpital Jean-Talon
Médecine de jour
Tél. : (514) 495-6789
Télééc. : (514) 495-6788

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre de jour de diabétologie
Tél. : (514) 252-3856
Télééc. : (514) 252-3441

Hôpital du Sacré-Cœur
Centre de jour pour diabétiques
Tél. : (514) 338-2222, poste 2803
Télééc. : (514) 338-3113

Hôpital Sainte-Justine*
Centre de jour pour diabétiques
Tél. : (514) 345-4980
Télééc. : (514) 345-4604

Région 07 – Outaouais

C. H. communautaire du Pontiac
Tél. : (819) 647-2211
Télééc. : (819) 647-2799

C. H. de Maniwaki
Tél. : (819) 449-2300
Télééc. : (819) 449-4941

C. H. des Vallées de l'Outaouais
Pavillon Gatineau
Service d'enseignement
aux personnes diabétiques
Tél. : (819) 561-8100
Télééc. : (819) 561-8587

C. H. des Vallées de l'Outaouais
Pavillon Hull
Centre de jour pour diabétiques
Tél. : (819) 595-6000, poste 5970
Télééc. : (819) 595-6093

C. H. Gatineau-Mémorial
Tél. : (819) 459-2343
Télééc. : (819) 459-3947

CLSC de la Petite Nation
Tél. : (819) 983-7341
Télééc. : (819) 983-7708

CLSC Vallée-de-la-Lièvre
Tél. : (819) 986-3359, poste 227
Télééc. : (819) 986-1236

Région 08 – Abitibi-Témiscamingue

Centre de santé La Vallée de l'Or
Tél. : (819) 737-2243
Télééc. : (819) 737-3122

Centre de santé Sainte-Famille
Tél. : (819) 622-2773, poste 4270
Télééc. : (819) 629-3257

Centre de santé Témiscamingue
Centre du diabète
Tél. : (819) 627-3385
Télééc. : (819) 627-3629

Réseau de santé et de services sociaux
des Aurores Boréales
Tél. : (819) 333-2311, poste 2504
Télééc. : (819) 333-2755

CLSC Le Partage des Eaux
Tél. : (819) 762-8144
Télééc. : (819) 762-1057

CLSC Les Eskers
Tél. : (819) 732-3271
Télééc. : (819) 732-3056

Région 09 – Côte-Nord

Centre de santé CLSC des Sept Rivières
Programme d'enseignement
aux personnes diabétiques
Tél. : (418) 766-2572, poste 3279
Télééc. : (418) 766-5229

C. H. régional de Baie-Comeau
Clinique de diabète
Tél. : (418) 589-3701, poste 2628
Télééc. : (418) 589-8530

C. H. régional de Sept-Îles
Clinique d'enseignement et de traitement
pour personnes diabétiques
Médecine de jour
Tél. : (418) 962-9761, poste 2816
Télééc. : (418) 962-7821

Centre de santé des Nord-Côtiers
Pavillon Forestville
Tél. : (418) 587-2212
Télééc. : (418) 587-2865

Région 10 – Nord du Québec

Centre de santé Isle-Dieu
Tél. : (819) 739-2515, poste 264
Télééc. : (819) 739-4777

Centre de santé Lebel
Tél. : (819) 755-4881
Télééc. : (819) 755-3779

Centres d'enseignement pour diabétiques

Région 11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

C. H. Baie des Chaleurs
Clinique d'enseignement pour diabétiques
Tél. : (418) 759-3443, poste 2140
Télé. : (418) 759-5890

CLSC des Îles
Centre d'enseignement du diabète
Tél. : (418) 986-2572
Télé. : (418) 986-4911

C. H. de Chandler
Médecine de jour – Diabète
Tél. : (418) 689-2261
Télé. : (418) 689-6131

Région 12 – Chaudière-Appalaches

C. H. Beauce-Etchemin
Clinique de diabète pour enfants et adolescents
Tél. : (418) 228-2031, poste 2100

C. H. Beauce-Etchemin
Médecine de jour
Tél. : (418) 228-2031, poste 7870
Télé. : (418) 228-4952

C. H. de la région de l'amiante
Clinique pour diabétiques
Tél. : (418) 338-7763
Télé. : (418) 338-7762

Hôtel-Dieu de Lévis
Médecine de jour
Tél. : (418) 835-7121, poste 3747
Télé. : (418) 835-7104

Hôtel-Dieu de Montmagny
Centre d'enseignement pour diabétiques
Tél. : (418) 248-0630, poste 311
Télé. : (418) 248-0820

Région 13 – Laval

Cité de la Santé de Laval
Centre du diabète
Tél. : (450) 681-3355
Télé. : (450) 681-2755

Région 14 – Lanaudière

Le Centre de diabète du CHLG
Tél. : (450) 581-2411
Télé. : (450) 581-8411

C. H. régional de Lanaudière
Centre de jour de diabète
Tél. : (450) 759-8222, poste 2232
Télé. : (450) 759-6511

Région 15 – Laurentides

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Clinique du diabète
Tél. : (450) 431-8253
Télé. : (450) 431-8210

Région 16 – Montérégie

C. H. Pierre-Boucher
Clinique du diabète – Médecine de jour
Tél. : (450) 468-8111, poste 2441
Télé. : (450) 468-8032

C. H. R. S. de Valleyfield
Clinique du diabète
Tél. : (450) 371-2811 (rendez-vous)
Tél. : (450) 371-9920, poste 2058 (diététiste)
Télé. : (450) 371-7454

CLSC de la Haute-Yamaska
Clinique du diabète
Tél. : (450) 375-1442, poste 716 ou 211
Télé. : (450) 375-6607

CLSC des Maskoutains
Clinique du diabète
Tél. : (450) 778-2572, poste 308
Télé. : (450) 778-1899

CLSC La Chênaie
Tél. : (450) 546-2572
Télé. : (450) 546-0506

CLSC La Presqu'île
Centre d'enseignement du diabète
Tél. : (450) 455-6171
Télé. : (450) 455-6192

CLSC-CHSLD Champagnat
de la Vallée des Forts
Clinique de diabète
Tél. : (450) 358-2572, poste 3522
Télé. : (450) 349-0644

CLSC-CHSLD La Vallée du Richelieu
Tél. : (450) 536-2572
Télé. : (450) 536-2055

Hôpital Barrie Memorial et
CLSC Huntingdon
Clinique de diabète
Tél. : (450) 829-2321, poste 225
Télé. : (450) 829-4329

Hôpital Charles LeMoine
Programme de diabète
Tél. : (450) 466-5000, poste 2418
Télé. : (450) 466-5036

Hôtel-Dieu de Sorel
Centre du diabète USACD
Tél. : (450) 746-6183
Télé. : (450) 746-6249

Kateri Memorial Hospital
Diabetes Education Committee
Tél. : (450) 638-3930
Télé. : (450) 638-4634

Réseau Santé Richelieu-Yamaska
Pavillon Saint-Charles
Centre sous-régional de diabète
Tél. : (450) 771-3333, poste 3500
Télé. : (450) 771-3501

Association du diabète de Brome-Missisquoi
Tél. : (450) 248-2224
(informations sur les programmes)
Tél. : (450) 293-3622 et (450) 266-3622
Ligne Info-santé (inscription)
Télé. : (450) 248-3717

Région 17 – Centre du Québec

CLSC Drummond
Centre d'enseignement et de suivi
pour diabétiques
Tél. : (819) 474-2572
Télé. : (819) 474-2828

CLSC Nicolet-Yamaska
Clinique du diabète
Tél. : (819) 293-6789
Télé. : (819) 293-2572

Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Médecine de jour
Tél. : (819) 357-2030, poste 2968
Télé. : (819) 357-6052

* : Centres agréés

Programme d'agrément des centres de diabète

Le Comité de l'agrément de l'ADQ, présidé par la D^{re} Nahla Aris-Jilwan, endocrinologue, reconnaît la qualité des services offerts aux personnes diabétiques. Tous les centres d'enseignement pour diabétiques peuvent soumettre leur candidature.

Source : Association Diabète Québec, 5635, rue Sherbrooke Est, Montréal, (Québec) H1N 1A2, Tél. : 514-259-3422 ou 1-800-361-3504; Téléc. : 514-259-9286. Site Internet : www.diabete.qc.ca. Courriel : info@diabete.qc.ca.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Février 2002

7, 8 **L'endocrinologie**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Mars 2002

14, 15 **La santé des femmes (reprise)**
Palais des Congrès, Montréal

Avril 2002

18, 19 **La pédiatrie**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Mai 2002

9, 10 **La pneumologie**
Palais des Congrès, Montréal

Juin 2002

13, 14 **La cardiologie**
Hôtel Rimouski, Rimouski

Septembre 2002

12, 13 **La santé mentale**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Octobre 2002

17, 18 **La dermatologie**
Hôtel Wyndham, Montréal

Novembre 2002

4-8 **L'omnipratique d'aujourd'hui à demain**
Montréal

Décembre 2002

5, 6 **La gériatrie**
Hôtel Wyndham, Montréal

Summary

Initiating insulin therapy. As soon as diabetes is diagnosed, the family physician is responsible for informing the patient of the various types of treatment. Failure of oral hypoglycaemics should be recognized as the culmination of a treatment which is no longer efficient or inadequate for the patient. Emphasis must be placed on the multitude of treatments available for diabetes.

If beginning insulin therapy becomes unavoidable, the patient will have already received the proper information to help him to accept the new treatment. The doctor should adopt an individualized approach. In order to do so, identifying the patient's knowledge, his values and his beliefs will be the first factors to help the doctor announce the transition to insulin. Whatever strategy is adopted, it must be coordinated with the rest of the medical team.

The doctor should use arguments which will help the patient to accept insulin therapy. It is imperative that he insist on the short and long term benefits of the therapy. He first identifies what will help him to "sell" the advantages of insulin treatment. Demonstrating the therapeutic tools has proven to be an excellent means of de-dramatizing the therapy.

Referring the patient to a specialized diabetic treatment centre, staffed with a multidisciplinary team, is another excellent way to assist the patient.

Key words: insulin therapy, initiation of therapy, counseling.

velopment and progression of long-term complications of insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.

12. UKPDS group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS33). *Lancet* 1998; 352: 837-52.