



# DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ ÉDUCATION  
VOLUME 17 - N° 4  
Décembre 2007

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

éd:te

## ET SCIENCES : HISTOIRE DE FAMILLES ?

JULIE PELICAND

**E**n décembre 2006, la revue « The Lancet » (Vol 368) consacre son numéro spécial au thème de « Medicine and creativity ». Surprise ? Non, depuis plusieurs années, l'art est souvent évoqué dans la littérature scientifique et médicale. Einstein parlait déjà des liens entre l'art et la science (avec la religion) comme « des branches d'un même arbre... (qui) sont dirigées vers l'anoblissement de la vie de l'Homme, pour la soulever hors de la sphère de la simple existence physique et guider l'individu vers la Liberté. ». Mais pourquoi cet engouement du scientifique vers l'artistique ?

### *les liens « familiaux » entre l'art et la science*

Tous deux s'intéressent à l'humain. Les artistes, tout comme les scientifiques et particulièrement les soignants, sont les témoins de la condition humaine. Ils observent et essaient de comprendre la com-

plexité de chacun. « L'art ne copie pas le visible, il le rend visible » (P Klee). Le sens de l'observation de plus en plus subtile, dans la pratique artistique et clinique, est un atout commun à ces deux disciplines. La créativité et l'ingéniosité sont également des qualités communes. Souvent, les médecins et autres professionnels de la santé sont déjà créatifs sur le plan personnel (philosophie, poésie, art, musique, littérature...). La pratique scientifique est en elle-même artistique, notamment à travers les nouvelles technologies. Ils peuvent également mettre à profit cette créativité au contact avec les patients. L'art est souvent utilisé dans le contexte de promotion de la santé, éducation et soins. « Le Lancet » illustre ces différentes expériences créatives.

### *En quoi l'art peut-elle contribuer aux soins ?*

L'art et la science s'inspirent mutuellement : les artistes ont souvent illustré des scènes de soins, notamment par la peinture. Ces peintures peuvent également aider les soignants à mieux percevoir la réalité de la condition humaine telle qu'elle est perçue par des personnes extérieures au binôme soignant-soigné. Les soignants peuvent également s'inspirer des techniques d'observations des artistes (toucher des sculpteurs, rythme des musiciens...).

L'art est également un outil de révélation de soi et de l'autre, de communication, pour les patients et les soignants. Avec d'autres mots, l'art exprime l'indicible et révèle les dimensions cachées de la réalité. L'approche artistique peut aider à mieux comprendre l'univers subtil de l'expression psychologique humaine. Une expérience favorisant le processus créatif et proactif de chacun permet de regagner la confiance et le contrôle dans un environnement rassurant.

La revue du « Lancet » illustre bien cette complémentarité de l'art et de la science.

La volonté de chacun (particuliers et professionnels) de s'inspirer de la pratique artistique, montre les possibilités créatrices à venir, dans le contexte des soins. D'ailleurs n'utilisons-nous pas l'expression « l'art de soigner » !

## SOMMAIRE

**Éditorial : Art et sciences : histoires de familles ?** ..... P. 1  
Julie Pelicand

**Vu pour vous 1 : Ma lecture de la formation à Zinnal : été 2007** .. P. 3  
Corinne Lefacheur-Vatin

**Vu pour vous 2 : A la découverte des ateliers du goût** ..... P. 4  
Cécile Zimmerman, Christine Kavan, Anne Dubouis, Pr Alfred Penfornis

**Testé pour vous : Séminaire « psychopathologie des troubles des conduites alimentaires »** ..... P. 6  
Sandrine Contin

**Diabète et pédagogie : Education thérapeutique du patient et diabète de type 2 nécessité d'une recherche de qualité** ..... P. 7  
Helen Mosnier-Pudar

**Autres pathologies chroniques : L'accompagnement thérapeutique des malades atteints de VIH à l'hôpital Tenon** ..... P. 11  
Monique Gallais, Laurence Boufette, Gilles Pialoux, Philippe Bonnard

**Cas patient : Du difficile diagnostic éducatif à l'improbable solution thérapeutique** ..... P. 13  
Clara Bouche

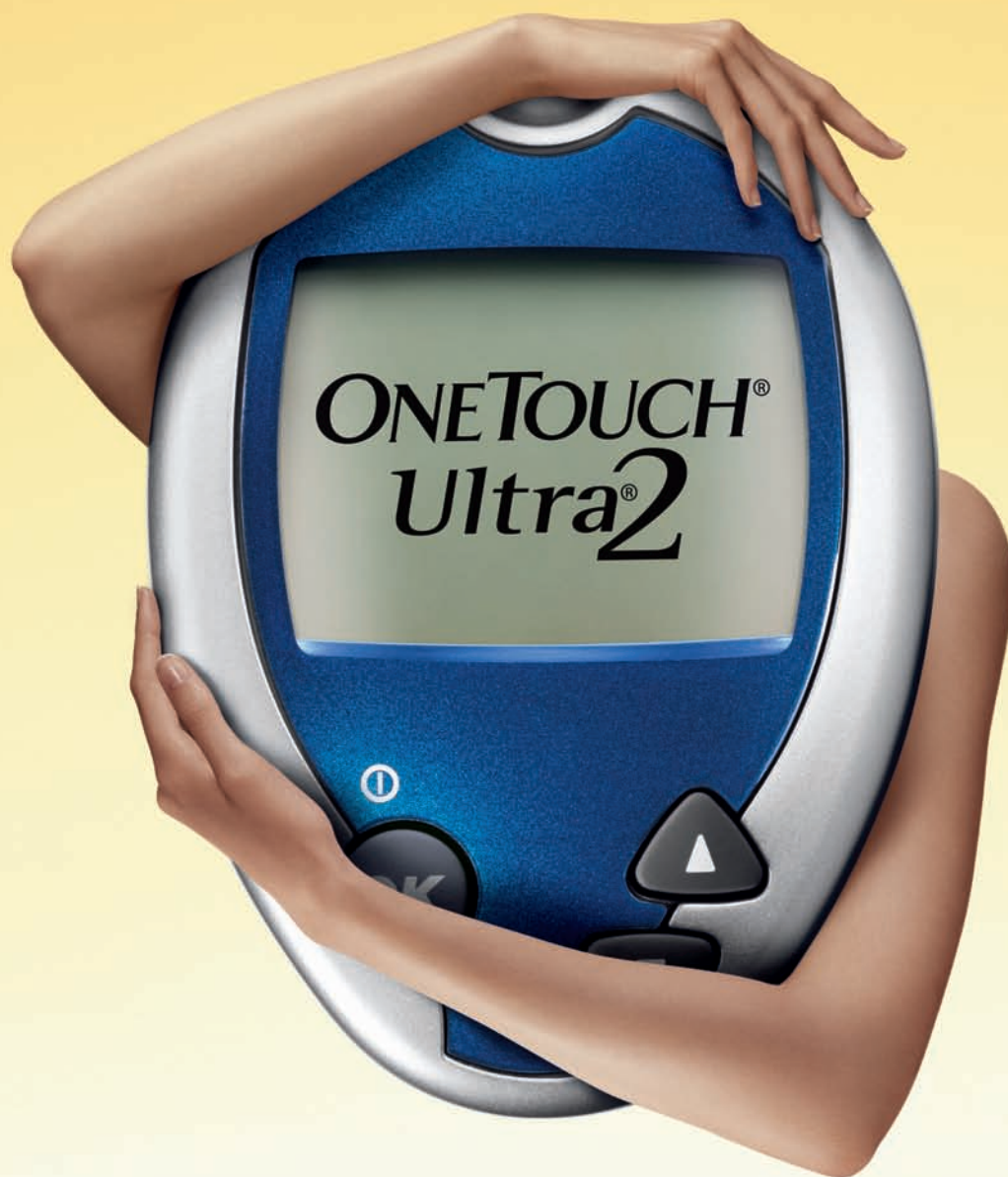
**Lu pour vous : L'éducation des maladies chroniques - une approche ethnosociologique de Maryvette Balcou-Debussche** .... P. 14  
Cécile Fournier

### MEMBRES DU BUREAU DU DELF

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| Ghislaine Hochberg :    | PRÉSIDENTE          |
| Fabrice Lagarde :       | VICE-PRÉSIDENT      |
| Anne-Marie Leguerrier : | SECRÉTAIRE GÉNÉRALE |
| Michel Gerson :         | SECRÉTAIRE ADJOINT  |
| Séverine Vincent :      | TRÉSORIÈRE          |
| Marie-Louise Leroyer :  | TRÉSORIÈRE ADJOINTE |

### MEMBRES DU CA DU DELF

|                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| Ludivine Clement (2009)  | Corinne Lefacheur Vatin (2009) |
| Elisabeth Chabot (2010)  | Anne-Marie Leguerrier (2008)   |
| Claude Colas (2008)      | Marie-louise Leroyer (2008)    |
| Isabelle Debatty (2010)  | Dominique Malgrange (2009)     |
| Alain Denoual (2009)     | Monique Olocco (2009)          |
| Michel Gerson (2009)     | Alfred Penfornis (2010)        |
| Ghislaine Hocberg (2008) | Pascal Pichavant (2009)        |
| Nathalie Jourdan (2009)  | Marc Popelier (2010)           |
| Fabrice Lagarde (2009)   | Chantal Stuckens (2008)        |
| Sylvie Laroche (2008)    | Séverine Vincent (2008)        |



**PLUS ON EST PROCHE DE SON LECTEUR, PLUS IL EST EFFICACE.**

Chaque jour, près de la moitié des nouveaux lecteurs de glycémie prescrits\* sont des ONE TOUCH® Ultra® 2. La raison ? Une simplicité d'utilisation poussée à l'extrême et la possibilité de différencier les glycémies avant repas et après repas pour suivre leurs évolutions. Pour donner à tous ceux qui le veulent les moyens de contrôler le diabète... donc d'agir sur lui.

**N° Vert 0 800 459 459**  
APPEL GRATUIT\*\*

\* Source IMS France à juin 2007

\*\* Depuis un poste fixe

 **LIFESCAN**  
a Johnson & Johnson company

**OBSERVER C'EST AGIR**

# VU POUR VOUS

1

## MA LECTURE DE LA FORMATION À ZINNAL : ÉTÉ 2007

CEtte prairie riante, véritable pub pour chocolat Milka, existe bien : c'est la vallée de Zinal, entourée de 5 sommets de plus de 4000 m, et pourtant on ne ressent pas un sentiment d'écrasement, au contraire, ce paysage paisible et majestueux porte à l'élévation de l'âme, comme dirait Rousseau (qui est passé par là, ne l'oublions pas...)

Dans ce cadre porteur, le séminaire, lancé par la conférence d'Alexandre Jollien sur « changement et persévérance », est tout de suite 'à la hauteur'. On ne peut qu'être ému (au sens propre de 'mis en mouvement') par sa jeunesse et la profondeur de sa pensée, par son humour, sa joie de vivre et son handicap.

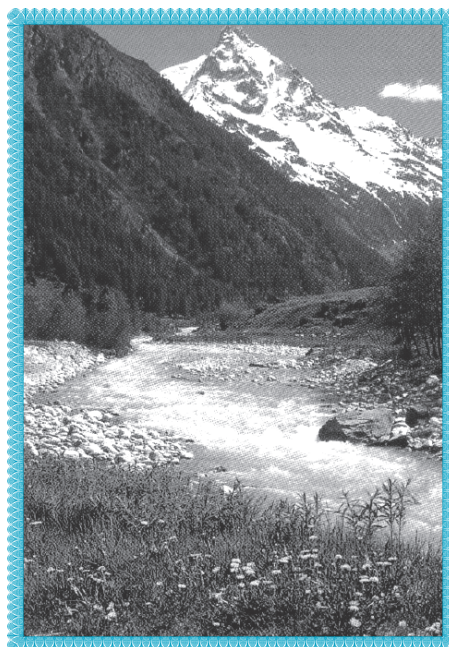
Un autre guide, au nom prédestiné de Guido, donne le ton chaque matin par l'évocation d'un mythe où les dieux de l'Olympe, en échange d'un grand avantage, demandent un petit effort aux hommes qui les déçoivent le plus souvent... et sont punis (vous voyez quel parallélisme ?)

Ce séminaire intitulé « Motiver à changer de comportement : comment faire en pratique clinique ? » se déroulait autour de 3 axes sur 3 journées :

- motiver pour préparer le changement
- contourner la résistance pour aider à changer
- puiser dans les motivations du patient pour lui faciliter le changement.

Les animateurs, réunis autour d'Alain Golay et de Pascal Gache, nous proposent des ateliers en petits groupes, tous plus intéressants les uns que les autres et il faut gérer sa frustration d'avoir à choisir entre :

- esprit et principes de l'Entretien Motivationnel
- tenir compte des représentations
- poser un cadre thérapeutique
- changer par l'expression corporelle
- acteur de mon changement
- réflexion philosophique sur un changement d'hygiène de vie
- outenir la motivation au jour le jour
- aider mon patient à trouver ses stratégies
- comment sortir de l'ambivalence



- la résistance du patient : à quoi ? et contre qui ?
- des outils pour soutenir le changement
- sortir des pièges relationnels.

Mais l'innovation, cette année, c'était « l'entretien supervisé », une séance pratique individuelle où un binôme soignant / patient-expert nous a permis de tester les différents outils de l'entretien motivationnel au cours d'un jeu de rôle dans lequel le 'patient' se prête à différents scénarii avec un naturel que bien des acteurs lui envieraient, sous la supervision du soignant qui nous guide avec empathie pour revenir sur des moments de la 'consultation' où d'autres pistes auraient pu être explorées ou d'autres moyens mis en œuvre.

Cet entraînement était d'autant plus efficace que nous passions à trois, à tour de rôle, celui d'observant étant aussi enrichissant que celui d'acteur.

Pour clore la journée, la pianiste virtuose Mûza Rubackyté a interprété " les années de Pèlerinage en Suisse de Liszt " en nous rendant perceptible l'émotion du compositeur devant ces paysages grandioses et apaisants. Un autre soir Alain Golay a joué, en duo avec Mûza, des Tangos de Piazzola ; le tango, qui est la meilleure illustration de l'importance de la résistance dans le couple

de danseurs a d'ailleurs été un fil rouge de ce séminaire.

A la fin de ces 4 inoubliables journées, je ne sais toujours pas comment traduire en français le mot 'empowerment' mais j'ai bien perçu ce que cela signifie : entre ressourcement, développement personnel, renforcement, prise de pouvoir...et je suis repartie bien motivée à ...motiver mon équipe et les patients !

### L'après Zinal ou Quelles retombées du séminaire dans ma pratique ?

Étant repartie si imprégnée d'empathie, je me suis surprise à la pratiquer avec aisance et naturel avec mes patients en consultation individuelle ; mais les retombées les plus concrètes et lisibles s'observent au niveau du GRAMM ( Groupe de Recherche et d'Accompagnement des Modifications de Mode de vie) que j'anime avec une psychologue-psychothérapeute. C'est un groupe de développement personnel (pour éviter l'anglicisme de coaching) auquel participent 8 patientes obèses qui se sont engagées sur 10 séances mensuelles de 3 heures sur l'année. Le GRAMM s'est donné comme objectif de permettre à des personnes en surpoids, ayant fait X régimes et subi plusieurs échecs d'acquiescer :

- des connaissances sur l'équilibre alimentaire, la balance énergétique etc, (=un savoir)
- des compétences : savoir faire ses courses, choisir son menu au restaurant...
- un savoir-être concernant l'estime de soi, l'image de soi, la relation à l'autre, à la société (comme déjouer les pièges des saboteurs, savoir gérer les stress, etc)

Notre méthode associe l'analyse transactionnelle (AT) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ; nos outils sont divers : séances d'informations interactives pour les bases, jeux de rôle, séances de relaxation, de visualisation de l'objectif qu'elles se sont fixé...





... suite page 3

Or, j'avais entendu, lors d'un colloque à Tarbes sur l'ETP, Jean-Philippe Assal relater l'apport extraordinaire de la danse thérapie à la prise en charge des obèses ; c'est pourquoi l'atelier de Solange Muller-Pinget « Changer par l'expression corporelle » m'avait particulièrement intéressée ; cet atelier était découpé en :

- 3 temps de relaxation : un au début, un entre les 2 exercices et un à la fin = temps de détente et de respiration pour prendre conscience des tensions musculaires et psychiques, ainsi que de leur souffle.
- chacun suivi d'un dessin où l'on traduisait la sensation ou l'image qui nous était venue pendant la relaxation, dessin qui a évolué avec les 2 exercices effectués :
- le 1er exercice consistait à se mettre debout par 2, l'un « recueillant » la respiration de l'autre dans le sens vertical, le sens sagittal et le sens latéral, puis on inversait, et chacun décrivait son vécu et son ressenti de chacune des 2 expériences.
- le 2ème exercice portait sur notre « kinesphère » (= notre espace personnel) que l'on délimitait en étirant le plus loin possible nos bras et nos jambes dans toutes les directions afin de définir la kinesphère la plus large ; puis en la recentrant sur soi, tout près pour définir notre espace le plus proche ; puis en interagissant les uns avec les autres en se déplaçant pour tester notre espace transactionnel.

J'ai tout de suite pressenti le bienfait que peut apporter un tel travail à des personnes qui ont du mal à sentir ou à voir les limites de leur corps, soit qu'elles ne peuvent imposer leurs propres limites aux autres, se laissant facilement envahir (ne savent souvent pas dire non), soit qu'elles se cachent dans leur enveloppe qu'elles opposent aux autres comme une défense.

Aussi, nous avons repris cet atelier lors de la 8ème séance, après avoir abordé le problème de l'image corporelle défaillante à la 7ème séance et avoir aidé ces personnes à se réconcilier avec leur image actuelle et les avoir aidées à se projeter sur un objectif réaliste grâce à des photos (pas trop anciennes) par la visualisation. Nous leur avons remis un agenda de visualisation quotidienne qui leur donne au jour le jour « une bonne raison de se réjouir d'être plus mince aujourd'hui » et elles étaient tout à fait mûres pour faire ce travail sur elles.

Voici leurs commentaires après l'exercice :

- « magique »
- « sensuel »
- « respect de soi, des autres »
- « libération »
- « prendre sa place »
- « douceur »
- « habiter son corps »

Et la comparaison des 3 dessins montrait bien ce cheminement, de réassurance et de libération, l'image se simplifiant et passant de la rigidité à la fluidité.

Tout naturellement, il en a découlé pour elles une nouvelle motivation à entreprendre une activité physique, engagement resté jusqu'alors plutôt du domaine incantatoire. Et cela car elles ont découvert qu'elles ont de bonnes capacités à bouger, et que le principal obstacle n'est pas la surcharge pondérale mais leur regard !

Je tiens à citer Solange Muller-Pinget « La danse est un moyen thérapeutique, elle est une manière de guérir, d'améliorer sa condition et celle de la collectivité, de ressentir la joie, le bien-être et la volupté, de communiquer et d'exprimer ses pulsions... La danse est un comportement. »

On ne peut que regretter que la danse thérapie, qui s'inscrit si naturellement dans les soins, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, ne soit pas enseignée en France, alors que ce cursus universitaire existe en Angleterre, débouchant sur un doctorat.

*Ref : « Danse thérapie dans les soins »  
Solange Muller-Pinget, Alain Golay ;  
Service de L'Enseignement thérapeutique  
pour Maladies chroniques  
Rue Michel-du-Crest 24 - 1211 Genève 14*

Corinne Lefaucheur-Vatin,  
Diabétologue  
1 avenue Fould, 65000 Tarbes  
Corinne-atin@wanadoo.fr

## UN POUR VOUS



### À LA DÉCOUVERTE D'UN ATELIER DU GOÛT...

DR CÉCILE ZIMMERMANN, CHRISTINE KAVAN, ANNE DUBOIS (DIÉTÉTICIENNES),  
PR ALFRED PENFORNIS

**C**LASSIQUEMENT, la prise en charge diététique d'un patient diabétique de type 2 ou obèse est centrée sur l'acquisition de connaissances et la prise en compte du « contenu de l'assiette », réalisée lors de séances d'éducation individuelles et/ou collectives. Nous en constatons tous dans notre pratique quotidienne les limites, avec des patients qui connaissent très bien la théorie mais ne changent pas pour autant leurs comportements.

C'est pour cette raison qu'en 2005, nous avons développé, avec un groupe de personnes obèses, une approche différente, prenant en compte le contexte et introduisant une dimension sensorielle basée sur l'expérimentation. Devant l'impact et les répercussions positives de cette approche sur le comportement alimentaire des participants, nous avons décidé d'instaurer dans le service, un atelier du goût mensuel, proposé également à des patients diabétiques.

#### A qui s'adresse cet atelier ? Quels sont ses objectifs ?

La participation à cet atelier peut être proposée à l'issue d'un « bilan partagé » réalisé entre soignant et patient si une des difficultés suivantes a été exprimée (« je mange vite », « je m'interdis certains aliments », « je craque et je culpabilise », « je n'ai plus



... suite page 4

le plaisir de manger ».) et après avoir convenu ensemble qu'il s'agissait d'une priorité éducative.

Au cours de cet atelier les patients vont : décrire, analyser leur propre façon de manger et expérimenter une autre façon de manger.

### Déroulement

L'atelier collectif dure 3 heures et est animé par une diététicienne. La participation est limitée à un groupe de 5 personnes avec possibilité de venir accompagné. Après la phase habituelle d'accueil, de présentations et l'annonce des objectifs, on demande à chaque participant de faire successivement et collectivement 5 exercices :

#### 1 - décrire sa façon actuelle de manger :



La question d'appel est la suivante : « Comment mangez-vous habituellement ? » Pour les aider dans cette description, une liste d'items est affichée et après un temps de réflexion individuelle, chacun est invité à se situer sur les échelles proposées et à parler de sa façon de manger :

- Vite/- vite : en combien de temps ?  
Vite 5' \_ 10' \_ 15' \_ 20' \_ 25' \_ 30' \_ + lentement
- Seul / accompagné
- Activité associée ? TV, lecture,...
- Notion de plaisir ? +++ 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 \_ 0 ---
- Contraintes, règles fixées ? +++ 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 \_ 0 ---
- Sensation de faim ressentie ? +++ 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 \_ 0 ---
- Sensation de satiété ressentie ? +++ 5 \_ 4 \_ 3 \_ 2 \_ 1 \_ 0 ---
- Faites vous la différence entre la faim et l'envie de manger ?  
oui / non
- Y a-t-il un ou plusieurs aliments qui vous font perdre le contrôle ?  
si oui, le(s)quel(s) :

#### Quelques mots glanés au cours de cette séquence :

« Je mange quand c'est l'heure, je me jette sur mon repas et je suis toute ballonnée après, mais c'est trop tard »

« Je mange les quantités auxquelles j'ai droit »

« Je mange vite pour me débarrasser, c'est du temps de perdu »

« Je connais les règles mais je ne suis pas capable de les appliquer »

« J'ai du mal sur les quantités, je mange vite et n'arrive pas à m'arrêter »

« Souvent, je mange en travaillant. A la fin du repas, je ne sais même pas ce que j'ai mangé »

« Si je commence à manger, je ne peux plus m'arrêter donc je préfère m'interdire certains aliments »

« Je mange en regardant la télé et comme ma femme ne veut pas regarder le même programme que moi, je me venge sur la nourriture ! »

### Nos impressions

Ce premier travail permet aux patients une réflexion et suscite une analyse qu'ils n'avaient jamais eu l'occasion de faire auparavant. A l'issue de cette séquence, ils prennent conscience de l'influence de l'environnement sur leur comportement alimentaire et sur le contenu de leur assiette.

#### 2 - Faire une première expérience :

On propose à chaque personne de manger un morceau de pomme (sans consigne particulière) et on recueille les impressions de chacun sur le tableau.

#### Voici les réactions :

- « Elle n'a aucun goût »
- « Ça croque »
- « Ça a un goût de pomme »
- « Elle est juteuse »
- « Elle est un peu sucrée »

### Nos impressions

Les patients ont globalement peu de choses à dire après cette expérience, le vocabulaire utilisé est peu varié et se limite à celui du goût (en bouche).

#### 3 - Réfléchir

Sous forme d'un brainstorming « Qu'est-ce qui va mettre en éveil votre appétit ? »

Les patients s'expriment librement et la diététicienne les amène à classer toutes leurs idées selon les 5 sens qu'ils auront cités : la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, et le goût.

Un exercice pratique est ensuite proposé pour travailler sur l'odorat.

#### 4 - Faire une seconde expérience

Les patients refont la première expérience



(dégustation de la pomme) en utilisant ce qu'ils viennent de découvrir : en prenant

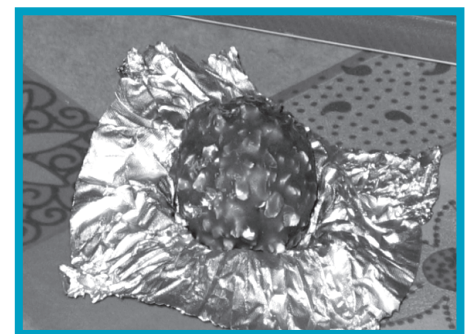
le temps de regarder, d'écouter, de toucher, de sentir, de goûter.

Les remarques de chacun sont recueillies sur le tableau et comparées à celles faites après la 1ère expérience.

On s'aperçoit alors que les réactions sont beaucoup plus riches et spontanées et se rapportent à l'ensemble des sens.

#### 5 - Faire une troisième expérience : la dégustation du chocolat

On offre à chacun un « Ferrero roche d'or » et la diététicienne leur demande ce que cet aliment leur évoque spontanément.



#### 6 - Faire d'autres expériences à la maison

Il est proposé aux patients de renouveler l'expérience chez eux avec un aliment qu'ils s'étaient interdits par peur de « craquer ». Lors d'un tour de table, chaque personne choisit donc l'aliment qu'elle va tester. Pour les aider, un guide de dégustation leur est remis.



... suite page 5

#### Conclusion des patients à l'issue de cet atelier

« Je vais essayer de m'en servir pour déguster les aliments que j'aime bien »

« Je me rends compte que je peux être dans le plaisir sans pour autant avaler des quantités importantes »

« Je me rends compte que je mange trop vite »

« Je n'avais jamais fait attention à tout cela »

« C'est une bonne méthode pour apprécier : en mangeant plus lentement, j'aurai plus de plaisir en mangeant moins »

« C'est surprenant, c'est une découverte pour moi »

#### Notre conclusion

Faites l'expérience : demandez aux patients que vous suivez de vous citer 1 ou 2 mots qu'ils associent à leur alimentation. Vous constaterez qu'ils sont en majorité chargés d'une connotation négative : « régime, privation, difficile, contrainte, restriction, frustration, équilibre, diète, interdits, faim, culpabilité »... rarement sont cités : « plaisir, variété, convivialité ».

Il nous semble que la prise en charge diététique classique plutôt normative, centrée uniquement sur une conception de l'alimentation /santé a sa part de responsabilité dans ces représentations, voire dans les troubles du comportement alimentaire qui peuvent en découler. Manger, c'est bien autre chose que d'ingérer des nutriments ! Une approche éducative diététique prenant en compte le contexte, fondée sur l'expérimentation permettra peut-être aux patients de se réconcilier avec leur nourriture et d'y retrouver ce que nous y associons tous : LE PLAISIR.

## TESTÉ POUR VOUS

### SÉMINAIRE « PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES »

COMMENT prendre en charge les patients qui présentent des troubles des conduites alimentaires (TCA), dans des services non spécialisés ? Cette problématique est le quotidien de tous les diététiciens, dont la formation initiale sur ces pathologies est insuffisante. Pour améliorer ma pratique concernant la prise en charge de ces patients, j'ai participé à un séminaire intitulé « Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires », pris en charge dans le cadre de la formation continue de l'hôpital.

Il s'agit d'un séminaire organisé par le département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte du Pr. Ph. Jeammet à l'Institut Mutualiste Montsouris, qui se déroule une après midi par mois durant l'année universitaire (10 demi-journées soit 30h, au tarif de 300 euros l'année ou 150 euros pour les internes et les étudiants). Ce séminaire s'adresse surtout aux médecins généralistes ou spécialistes, ainsi qu'aux professionnels de la santé mentale infantile ou adulte et aux personnels travaillant dans les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la Protection Maternelle Infantile. Il vise à partager une expérience et une pratique développées à l'Institut Montsouris concernant les TCA, tout en faisant état des données scientifiques récentes dans le domaine. Pour la session 2006/2007, la trentaine de participants était en majorité des psychiatres et des psychologues. Cependant des médecins généralistes ou d'autres spécialités ainsi que des infirmiers scolaires, des psychomotriciens, et des diététiciens étaient présents.

Le thème abordé préférentiellement dans ce séminaire est l'anorexie mentale, sous forme d'exposés théoriques et cliniques. Sont traités, les aspects médicaux et psychologiques de l'anorexie mentale ainsi que les différentes thérapies utilisées, mais également les perspectives et les axes de recherche.

Les intervenants sont des spécialistes de la prise en charge des TCA de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, médecins, psychiatres, psychologues, dont la majorité travaille à l'Institut Montsouris.

#### Les points forts de cette formation sont :

- La spécialisation et l'expertise des intervenants qui permet d'avoir une vision très pointue de l'anorexie avec un aperçu global des différents traitements et modalités de prises en charge.
- La double casquette de cliniciens et de chercheurs des intervenants qui présentent des travaux en cours (imagerie médicale...) et de possibles avancées thérapeutiques dans la prise en charge de l'anorexie.
- L'approche multidisciplinaire qui est valorisée
- L'interactivité avec la présentation de cas pratiques et de problématiques par les participants.

#### Ce qu'on peut reprocher à ce séminaire :

- De ne pas développer suffisamment la boulimie et le binge eating disorder.
- Qu'aucun paramédical ne soit invité à intervenir pour faire part de son expérience spécialisée dans les TCA.

- Un abord un peu difficile au départ du fait des thématiques à 70 % psy.

Cette formation m'a permis de mieux comprendre l'anorexie mentale au plan théorique mais également de modifier ma pratique dans l'accueil et le suivi des patients concernés. Comment les aborder différemment, poser des questions pertinentes et adaptées lors des entretiens, les orienter vers des correspondants spécialisés ? A l'issue de ce séminaire je pense avoir quelques éléments de réponse qu'il faudra vérifier sur le terrain.

Cependant, le constat suivant subsiste : en tant que diététicienne, il est difficile de trouver sa place dans une prise en charge essentiellement psy.

Le diététicien doit-il être intégré dans la prise en charge initiale de l'anorexie mentale ou doit-il rester un intervenant secondaire plus ou moins impliqué suivant les structures des soins ?

Sandrine Contin, Diététicienne  
Hôpital Saint Louis, Paris

Renseignements pratiques :  
3614 ORDMED ou [www.imm.fr](http://www.imm.fr)

Madame C. Corlier :

Tél : 01 56 61 69 23

Fax : 01 56 61 69 24

E-Mail: [claudette.corlier@imm.fr](mailto:claudette.corlier@imm.fr)

Coordination scientifique  
de l'enseignement :

Dr M. Corcos : [maurice.corcos@imm.fr](mailto:maurice.corcos@imm.fr)

# diabète et pédagogie

## EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT\* ET DIABÈTE DE TYPE 2 : NÉCESSITÉ D'UNE RECHERCHE DE QUALITÉ

HELEN MOSNIER-PUDAR

SERVICES DES MALADIES ENDOCRINIENNES ET MÉTABOLIQUES - HÔPITAL COCHIN - 27 RUE DU FAUBOURG SAINT JACQUES  
75679 PARIS CEDEX 14 - TEL : 01 58 41 18 93 - FAX : 01 58 41 18 05 - HELEN.MOSNIER-PUDAR@CCH.APHP.FR

\* Education thérapeutique, Education du patient et Education thérapeutique du patient ont été considérés comme synonymes dans cet article

À la survenue d'une maladie chronique qui va accompagner la personne tout au long de sa vie, la nécessité d'un traitement, d'un suivi, de modifications du comportement nécessitent la mise en place de phénomènes adaptatifs importants pour lesquels la simple prescription médicale ne suffit pas. Ce sont l'éducation thérapeutique (ET) et le soutien psychosocial qui permettent la mise en place de ces processus adaptatifs qui passent par la motivation et l'acquisition, par le patient, de connaissances, de compétences et d'attitudes appropriées pour faire face à la maladie. Le diabète est certainement la maladie chronique nécessitant le plus d'implication des patients pour son équilibre, d'où l'importance que l'ET qui joue un rôle primordial dans sa prise en charge.

Dans la maladie chronique il est nécessaire d'avoir une approche centrée sur les patients prenant en compte les aspects psychosociaux et émotionnels de la maladie, et par la même les besoins du patient. Son absence reste certainement une des causes majeures des difficultés d'adhésion aux recommandations des soignants. L'approche centrée sur le patient fait partie des fondements de l'ET, et lui permet, ainsi, de répondre au moins en partie à ces difficultés.

Ainsi plusieurs pays se sont déjà dotés de recommandations en ET. C'est le cas des Etats Unis, de l'Allemagne et de la Grande Bretagne. C'est bientôt le cas de la France où la Haute Autorité de Santé est sur le point d'éditer des recommandations générales sur l'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques.

Si aujourd'hui l'ensemble des personnes concernées : soignés, soignants, autorités,

sont convaincus que l'ET donne aux patients les connaissances et compétences qui leur permettent de conduire au mieux leur prise en charge (1), d'influer sur leur propre comportement et ceux des autres, les preuves scientifiques d'une telle approche restent d'un niveau inégal (2), laissant encore de grands domaines de recherche dont les modalités sont encore à affiner.

Récemment une revue de la littérature a été publiée par la Cochrane Collaboration sur l'ET en groupe dans le diabète de type 2 (3). Cette méta analyse a concerné les études publiées jusqu'en février 2003. Sur 4598 références retrouvées seules 193 ont été retenues. En définitive, seules 11 études, donnant lieu à 14 publications, répondaient aux critères de sélection : étude contrôlée, randomisée avec groupe contrôle, concernant une population de DT2 exclusivement, avec une évaluation de l'impact de l'ET sur au moins 6 mois. Les causes d'exclusion ont été le plus souvent : manque de groupe contrôle, inclusion de patients sans DT2, ET dans le groupe contrôle, intervention éducative non centrée sur le DT2.

### CRITERES D'EVALUATION

Dans la littérature l'intervention éducative est le plus souvent comparée à un groupe contrôle qui reçoit un suivi habituel, ou à un groupe qui est en liste d'attente pour l'intervention. Ce deuxième mode de comparaison semble, pour des raisons éthiques, le plus approprié, et donc, le plus souvent, retenu aujourd'hui (4).

Comme toujours en diabétologie le critère d'évaluation principal est le critère dur de l'évaluation de l'équilibre glycémique, l'hé-

moglobine glyquée (HbA1c), parfois associé à la glycémie à jeun. Les autres critères biocliniques le plus souvent étudiés sont : le poids (l'indice de masse corporel), la pression artérielle et le profil lipidique.

En ce qui concerne l'intervention éducative elle-même, le critère principal le plus souvent retenu est l'acquisition de connaissances cognitives. Beaucoup plus rarement sont analysés, la qualité de vie, l'empowerment, le degré de satisfaction des patients et les compétences acquises. Ces évaluations sont faites d'après des questionnaires validés dans leur domaine. Leur grand nombre et leur hétérogénéité, surtout pour les connaissances, rend les comparaisons difficiles d'une étude à l'autre. Toutefois, plus récemment, la complexité des phénomènes mis en œuvre dans les interventions éducatives est prise en compte, avec évaluation des facteurs subjectifs reliant l'intervention elle-même et l'amélioration de l'équilibre glycémique, mais aussi de la motivation et des compétences des éducateurs, les aspects organisationnels et financiers (5).

Ainsi l'analyse de la littérature fait ressortir le besoin d'études de qualité en ET permettant d'affirmer les bénéfices qu'elle apporte dans un système de médecine par les preuves, nécessite une modification de la méthodologie employée. Ainsi les études plus récentes, celles qui se mettent en place (6, 7, 8) intègrent dans leurs critères d'évaluation principaux, outre l'amélioration de l'équilibre glycémique, des critères qualitatifs et explicatifs des phénomènes mis en œuvre dans le processus éducatif.





... suite page 7

## DUREE DES ETUDES - DUREE DE L'IMPACT DE L'INTERVENTION EDUCATIVE

La durée de l'intervention éducative décrite dans les études est le plus souvent limitée à quelques heures, moins de 10 heures en général.

L'évaluation de l'impact de l'intervention est le plus souvent faite à 12 mois, très peu d'études poursuivent cette évaluation au-delà des 12 mois (6, 7, 9). Pourtant les méta-analyses soulignent la diminution de l'impact de ET au fil du temps, en particulier sur le taux de HbA1c (3, 10). Mais si l'on intègre dans ces analyses à long terme, la notion d'évolutivité de la maladie diabétique, la persistance d'un effet modeste comme le maintien du niveau initial de HbA1c au bout de 5 ans (9), voire une diminution de 0,4 % de l'HbA1c (7), sont des résultats encourageants pour l'ET.

Malgré tout, l'effet de l'intervention éducative s'estompe probablement avec le temps. Se pose alors la question du renforcement de cette première intervention. Peu d'études proposent un renforcement et seule l'une d'entre elle évalue son bénéfice, montrant un effet positif sur les connaissances, et sur l'amélioration du taux de HbA1c (11).

## MODELES THEORIQUES UTILISES

Globalement très peu de détails sont donnés dans les publications sur les modèles théoriques sous-tendant l'intervention en éducation thérapeutique. Pourtant, plusieurs auteurs soulignent, même s'il ne s'agit pas spécifiquement dans le domaine du DT2, que les programmes d'ET reposent sur une base théorique et prenant en compte la dimension psychosociale ont de meilleurs résultats (8).

## IMPACT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'ensemble des études montre une amélioration statistiquement significative des paramètres étudiés dans le groupe intervention éducative.

La méta-analyse de la Cochrane Collaboration (3) permet de conclure à une amélioration significative du taux de HbA1c après ET (différence 0,8 %, 95 % CI : 0,7 - 1,0 ;  $p < 0,00001$ ). Dans cette méta-analyse, les 2 études qui évaluent l'impact de l'ET à distance de l'intervention (2 et 4 ans), mon-

trrent que l'amélioration de l'HbA1c est maintenue (1,0 %, 95 % CI : 0,5- 1,4 ;  $p < 0,00001$ ).

Pour les autres paramètres biocliniques (poids, pression artérielle, profil lipidique), en règle générale, on ne note pas d'amélioration significative, même si les résultats sont en faveur de l'intervention éducative.

Les questionnaires de connaissance sont toujours significativement améliorés après ET, mais le mode d'évaluation reste très hétérogène.

La majorité des études montre, lorsqu'elles sont étudiées, une amélioration des compétences des patients.

La qualité de vie a été très peu étudiée. Le plus souvent elle est retrouvée maintenue, seule l'équipe de Trento met en évidence une amélioration de celle-ci après ET en groupe (12).

Depuis cette méta-analyse, de nouvelles études ont été publiées (7, 9, 13), confirmant le bénéfice de l'ET en terme d'amélioration du contrôle glycémique. L'intérêt de ces nouveaux développements dans la recherche en éducation est l'analyse plus fréquente des mécanismes reliant l'intervention éducative et l'amélioration de l'équilibre glycémique. Ainsi, dans leur étude Sarkadi et collaborateurs (14) concluent que plus les patients considèrent avoir un rôle actif dans la prise en charge quotidienne du diabète, plus leur contrôle métabolique en terme de HbA1c est meilleur. Le patient actif intervient sur le traitement du diabète par des décisions quotidiennes, plus particulièrement en réalisant des auto-contrôles à l'occasion de symptômes décrits comme des alertes et prenant en compte ses résultats. Les passifs sont définis comme des patients « bêtement observant » (« je fais ce que l'on me dit de faire »), réalisant une auto-surveillance à heure fixe entraînant peu ou pas d'adaptation du traitement.

De son côté Cooper et collaborateurs (6) explore la perception du patient en leur demandant ce qui pour eux était important dans l'intervention éducative dont ils ont bénéficié. Ils décrivent l'importance d'un climat de respect, de confiance et d'empathie. Ici, le groupe est considéré comme important car permettant le partage d'expériences, des besoins et des émotions. La relation entre les soignants participant et ne participant à l'ET est jugée primordiale.

Ils jugent positivement l'approche centrée sur l'apprenant, l'individualisation du temps dédié à l'ET, l'augmentation des savoirs cognitifs, le temps consacré à la réévaluation pour clarifier et interpréter dans la vie de tous les jours les éléments complexes de la prise en charge du diabète.

Cette même équipe dans une deuxième publication (15) souligne le manque d'outils qualitatifs permettant de mesurer l'engagement des participants dans un processus de changement de comportement, la nécessité de toujours relier ce qui est appris à la vie quotidienne. Ainsi apprendre à faire une auto-surveillance sans possibilité d'auto-adaptation (modifier son traitement) conduit à un sentiment d'insatisfaction, de manque de confiance. Le système de santé, et plus particulièrement le corps médical, limitant la responsabilité des patients et leur capacité de contrôle sur leur propre vie, associé aux manques de connaissance spécialisés en diabétologie des soignants, sont les facteurs considérés comme responsables de la diminution de l'impact de l'intervention au cours du temps.

L'étude de la littérature montre que l'ET en groupe dans le DT2 est aussi efficace quel que soit le lieu d'exercice (soins de proximité, spécialistes, ville, hôpital), quels que soient les professionnels impliqués à condition d'avoir été formé. Pratiquement tous les programmes d'éducation publiés font référence à la formation des éducateurs spécifiquement pour le programme évalué. La motivation, la compétence et la performance des équipes d'éducation doivent aussi faire partie de l'évaluation des études.

## VERS UNE RECHERCHE DE QUALITE EN EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'efficacité des interventions éducatives en groupe dans le DT2, en particulier sur l'équilibre glycémique peut être considérée comme démontrée par ses différentes études. Les auteurs de la revue systématique de la Cochrane Collaboration (3) vont même plus loin, puisqu'ils concluent que ce type d'intervention peut être étendu à tous les patients atteints de DT2. Ils proposent en plus un renforcement régulier de l'ET, sur un rythme annuel par exemple, pour conforter et maintenir l'impact positif sur le taux de HbA1c.

Malgré cela les champs de recherche restent encore vastes.





... suite page 8

D'abord la qualité méthodologique d'une grande majorité des études est en cause. Nous avons vu que moins de 10 % des études identifiées ont été retenues par les auteurs de la revue de la Cochrane Collaboration (3). Des améliorations sont à apporter pour limiter les risques de biais en terme de randomisation, d'analyse des groupes en intention de traiter, de suivi des perdus de vue, du calcul des nombres de participants... Même si le double aveugle n'est pas possible, il est important d'éviter le risque de pollution entre les groupes intervention et contrôle, de faire l'analyse des critères de l'étude en aveugle. Des études sur le long terme sont aussi nécessaires. Elles devront confirmer l'impression aujourd'hui apportée par quelques études sur l'efficacité des interventions éducatives à distance, et explorer la nécessité, les modalités et le rôle des renforcements en ET. Enfin une véritable estimation des coûts de telles interventions doit être faite.

Au de-là de la démonstration des bénéfices apportées par l'ET sur l'équilibre glycémique, des études « mécanistes » permettant de relier l'intervention éducative à son impact. La connaissance de ces mécanismes pourrait permettre une intervention éducative plus efficace et mieux adaptée. Mais l'ET fait intervenir une multitude de mécanismes devant conduire à l'utilisation de modèle d'intervention complexe. Un tel modèle a été développé en Grande Bretagne (4) et est aujourd'hui à la base des réflexions sur la recherche en ET (16) et se met en place dans les études qui démarrent (8).

Ce modèle développe une méthodologie en 4 phases (figure 1) :

- Phase pré-clinique ou phase théorique : la première étape est d'identifier les éléments qui déterminent le succès de l'intervention. A cette phase les modèles théoriques seront explorés, on pourra faire appel à des disciplines en dehors des sciences médicales, comme les sciences humaines en ET ;
- Phase I : il s'agit de modéliser l'intervention. Il faudra définir ici tous les composants de l'intervention. Des simulations pourront permettre de comprendre l'interaction existante entre ces différents composants ;
- Phase II : cette étape, grâce à la mise en place d'une étude de faisabilité et d'acceptabilité, va permettre de définir le meilleur schéma pour l'étude randomisée. On pourra déterminer pendant cette

phase le meilleur groupe contrôle, évaluer le nombre de sujets nécessaires pour l'étude randomisée, valider les critères de jugement ;

- Phase III : c'est celle de l'étude randomisée contrôlée bâtie selon des principes rigoureux permettant l'exploitation des résultats (calcul du nombre de sujets, critères d'inclusion et d'exclusion, méthodes de randomisation...) ;
- Phase IV : elle permettra d'établir la possibilité de transfert et la reproductibilité de l'intervention étudiée à grande échelle et sur le long terme.

### EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE D'UNE ETUDE EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LE DIABETE DE TYPE 2 : L'ETUDE DESMOND

#### 1. La phase pré-clinique

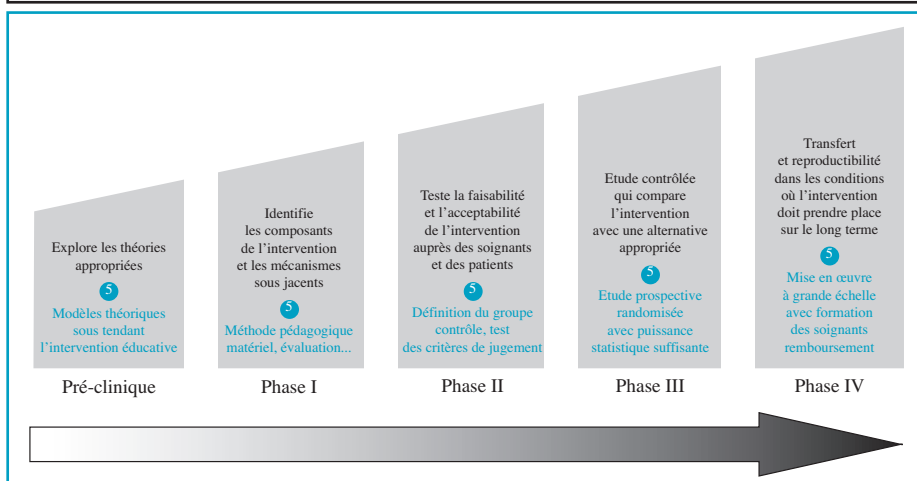
C'est la première étape. Elle fait appel à un travail théorique qui permet d'authentifier les fondements qui vont être à la base de l'intervention. Dans le projet Desmond, dont

- l'apprentissage par le groupe basé sur les travaux de Vygotsky qui considère que les cognitions émergent dans et par l'interaction sociale. Les besoins d'apprentissage se trouvent d'après cette théorie dans la zone proximale de développement de l'apprenant. Le rôle de l'éducateur est alors de créer un environnement favorable au processus d'apprentissage. Les participants sont au centre de ce processus. Le travail d'équipe coopératif permet aux participants d'explicitier leurs démarches qui vont pouvoir être à l'origine de nouvelles connaissances.

#### 2. La phase I

La modélisation a pour objectif de tester les hypothèses théoriques et de s'assurer que l'interaction souhaitée se réalise. Pour l'approche théorique décrite ci-dessus, 5 paramètres principaux ont été identifiés pour tester sa validité. Ils évaluent grâce à des questionnaires validés la compréhension de la maladie, de la durée de celle-ci, la perception de la capacité du patient à modifier le cours du diabète, la perception de la gra-

Figure 1 : Phases de mise en place d'une intervention complexe (d'après Campbell)



la cible sont les patients avec DT2 de diagnostic récent ou plus ancien, le programme d'éducation se développe autour de 3 approches théoriques :

- le modèle d'autorégulation de Leventhal où la représentation que se fait le patient de sa maladie et/ou son modèle personnel du diabète sont les déterminants clés des mesures qu'il va mettre en œuvre ;
- la théorie sociocognitive de Bandura qui fait intervenir la notion d'efficacité personnelle (self-efficacy), soit la perception que le patient a de sa capacité à mettre en pratique un comportement et à le maintenir sur le long terme ;

vité et de l'impact du diabète dans la vie quotidienne (8). Il est important que la conception d'une telle intervention en éducation fasse appel à une équipe multidisciplinaire de soignants, mais aussi d'experts des sciences humaines, en particulier du domaine de la pédagogie.

#### 3. La phase II

Elle teste la faisabilité de l'intervention. Elle va permettre de définir le schéma optimal de la future étude randomisée contrôlée et de concevoir l'intervention à grande échelle.



... suite page 9

Au cours de cette phase plusieurs options peuvent être testées pour définir la modalité la plus cohérente pour l'intervention.

Pendant cette phase préparatoire va aussi se décider le mode de recrutement du bras contrôle de l'étude à venir. Il existe différentes possibilités comme une prise en charge alternative ou plus souvent le mode de suivi habituel. Pour des raisons éthiques, la majorité des auteurs s'accordent sur le fait que le groupe contrôle ne peut pas être exclu de l'intervention éducative. L'inclusion de patients par tirage au sort sur une liste d'attente de l'intervention est la solution la plus souvent proposée (4, 15). Au mieux cette étude de faisabilité sera elle aussi randomisée.

Les critères de jugement sont eux aussi tester au cours de l'étude de faisabilité. Elle permet de valider l'approche théorique et la modélisation avant de lancer une étude de grande envergure. En ET l'analyse uniquement de variables quantitatives est insuffisante pour comprendre les mécanismes mis en cause dans l'impact de l'intervention éducative sur ces mêmes variables. L'exploration de la manière dont les participants connectent leurs expériences d'apprentissage à leur vie réelle est essentielle pour comprendre les liens existants entre les données quantitatives et les facteurs sociaux qui contribuent à ces résultats.

Une telle approche fait appel à des méthodes combinées de recherche alliant quantitatif et qualitatif. Elles permettent d'explorer les différentes dimensions de l'intervention éducative. Elles augmentent le champ d'investigation des études. La mise en lien des données quantitatives et qualitatives peut se faire selon plusieurs modalités (17). La figure 2 donne un aperçu des différentes notions que peuvent explorer les méthodes combinées de recherche.

C'est à cette étape que pourront être évalués d'autres paramètres, tout aussi importants, comme l'insertion de l'intervention à long terme dans le système de soin, son coût, son éventuel remboursement...

#### 4. La phase III

L'étude principale randomisée contrôlée doit répondre aux critères de qualité définis dans le domaine de la recherche médicale. Il faut en ET particulièrement faire attention au biais pouvant être induits par l'absence d'aveugle dans ces études. La généralisation de telles études sera d'autant plus facile si elles se déroulent dans l'environnement où elles seront diffusées. L'utilisation de méthodes de recherche combinée va être à l'origine de l'utilisation d'outils différents pour l'évaluation des paramètres quantitatifs et qualitatifs (15) :

- Des questionnaires structurés pour recueil des données quantitatives cliniques, démographiques... concernant les participants ;
- Des questionnaires validés en diabétologie mesurant les attitudes des patients vis à vis du diabète et de son traitement, de la perception de la maladie, des comportements, y compris la diététique, l'exercice physique, l'autosurveillance ;
- La mesure de paramètres biocliniques (taux de HbA1c, poids, pression artérielle...) ;
- Des groupes de discussion avec guide d'entretien semi-directif pour explorer par exemple la perception de l'ET par les patients, de son effet sur le vie « de tous les jours... ».

#### 5. La phase IV

La généralisation de l'intervention éducative, une fois son bénéfice confirmé de façon scientifique, passe par plusieurs étapes.

Ainsi en Allemagne depuis plusieurs années a été mis en place, en soins de proximité, une intervention éducative en groupe pour les patients diabétiques de type 2 (5). Après validation de l'intervention par une étude prospective contrôlée, sa généralisation a été précédée par le remboursement de l'intervention, une formation nationale des médecins généralistes par les diabétologues,

eux-mêmes ayant reçu une formation de formateur.

Après la généralisation de l'intervention, il reste important par la suite au fil des années de maintenir une surveillance, comme une pharmacovigilance, pour s'assurer de la stabilité du programme et de l'absence d'effets néfastes.

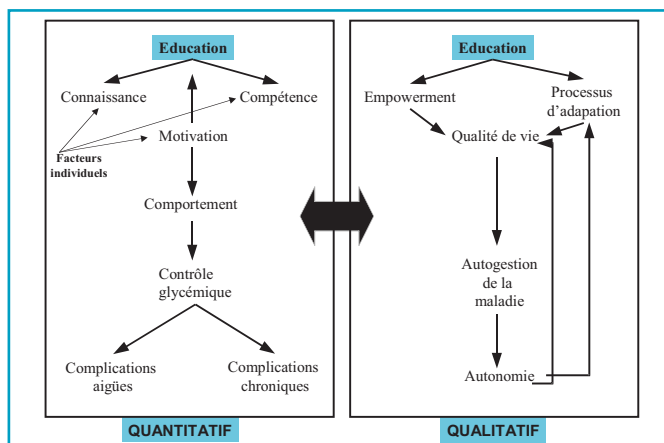
#### CONCLUSIONS

Si l'on analyse les pratiques en France, on constate qu'il existe une très grande variabilité de l'offre éducative dans le DT2. Cela est plutôt une bonne chose permettant ainsi de s'adapter aux besoins et contraintes locales. Mais, la majorité des programmes d'éducation sont peu ou pas structurés, très peu sont formellement évalués, de plus les personnes intervenant dans ces programmes ne sont que rarement formées en ET. Cela dénote le besoin de développer en France une recherche de très haute qualité en éducation du patient permettant de valider des concepts qui n'ont pas toujours été développés dans notre culture et organisation sociale et de soins.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Funnel MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly MB, Johnson PD, Taylor-Moon D, White NH. Empowerment. An idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educator* 1991 ; 17 : 37-41.
2. Norris SL, Lau J, Smith CH, Engelgau MM. Self management education for adults with type 2 diabetes : a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes care* 2002 ; 25 : 1159-1171.
3. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based raining for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD003417. Review.
4. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Br Med J* 2002 ; 321 : 694-696.
5. Mühlhauser I, Berger M. Patient education - evaluation of a complex intervention. *Diabetologia* 2002 ; 45 : 1723-1735.
6. Cooper HC, Booth K, Gill G. Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Educ Res* 2003 ; 18 : 191-206.
7. Sarkadi A, Rosenqvist U. Experience-based group education in type 2 diabetes. A randomised controlled trial. *Patient Educ Coun* 2004 ; 53 : 291-298.
8. Skinner TC, Carey ME, Craddock S, Daly H, Davies MJ, Doherty Y, Heller S, Khunti K, Oliver L. Diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND): Process modelling of pilot study. *Patient Educ Coun* 2006 ; 64 : 369-377.
9. Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Cavallo F, Porta M. A 4-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care* 2004 ; 27 : 670-675.
10. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001 ; 24 : 561-587.
11. Lozano ML, Armale MJ, Tena JD, Sanchez NC. The education of type-2 diabetics : why not in group? *Aten Primaria* 1999 ; 23 : 485-492.
12. Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pomero F, Aione A, Molinatti GM, Porta M. Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes: a 2-year follow-up. *Diabetes Care*. 2001 Jun;24(6):995-1000.
13. Ko SH, Song KH, Kim SR, Lee JM, Kim JS, Shin JH, Cho YK, Park YM, Jeong JH, Yoon KH, Cha BY, Son HY, Ahn YB. Long-term effects of a structured intensive diabetes education programme (SIDE) in patients with type 2 diabetes mellitus - a 4-year follow-up study. *Diabet Med* 2007 ; 24 : 55-62.
14. Sarkadi A, Vég A, Rosenqvist U. The influence of participant's self-perceived role on metabolic outcomes in a diabetes group education program. *Patient Educ Coun* 2005 ; 58 : 137-145.
15. Cooper H, Booth A, Gill G. Using combined research methods for exploring diabetes patient education. *Patient Educ Coun* 2003 ; 51 : 45-52.
16. Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Mühlhauser I. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: a methodological review. *Diabetologia* 2007 ; publication en ligne.

Figure 2 : Evaluation de l'éducation thérapeutique



# AUTRES PATHOLOGIES CHRONIQUES

## L'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE DES MALADES ATTEINTS DE VIH À L'HÔPITAL TENON

MONIQUE GALLAIS (CADRE DE SANTÉ) - LAURENCE BOUFFETTE (INFIRMIÈRE)

GILLES PIALOUX (MD, PHD) - PHILIPPE BONNARD (MD)

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES, HÔPITAL TENON, AP-HP



P our tenter de pallier à la pandémie de l'infection par le VIH, avec l'arrivée des premiers médicaments (1987, AZT), les soignants sont amenés à réfléchir sur leurs pratiques professionnelles, tant pour les prescripteurs (médecins) que pour les accompagnateurs dans ce parcours de santé (Infirmier(e)s, pharmaciens, préparateurs en pharmacie...).

Les malades, dès le début de la pandémie sont des personnes jeunes, et très informés qui s'organisent rapidement en associations. Ils ont des exigences et vont de fait, en partenariat avec l'industrie, participer aux recherches de nouvelles thérapeutiques.

En ce sens, cette pathologie est novatrice car c'est la première fois qu'une maladie mortelle mobilise de cette manière les personnes concernées.

En 1996, l'arrivée des trithérapies, le nombre de comprimés, les obligations alimentaires liées à certaines molécules, et les effets indésirables de celles-ci, amorce le bouleversement des comportements des soignants.

En effet, il ne s'agit plus de distribuer des médicaments, mais il devient nécessaire d'expliquer, d'informer et d'aider à comprendre l'importance de la régularité de la prise des thérapeutiques malgré les aléas de la vie quotidienne.

Le patient était perçu jusqu'alors, par les soignants comme un être devant obéir et suivre les prescriptions médicales (1). On parle alors de compliance

La compliance évoque le rapport entre le volume d'un réservoir élastique et la pression du fluide qu'il contient, « la compliance est d'autant plus faible que la résistance est grande » (2). Les soignants s'approprient le terme « counseling » (3). Ce concept appliqué à l'observance thérapeu-

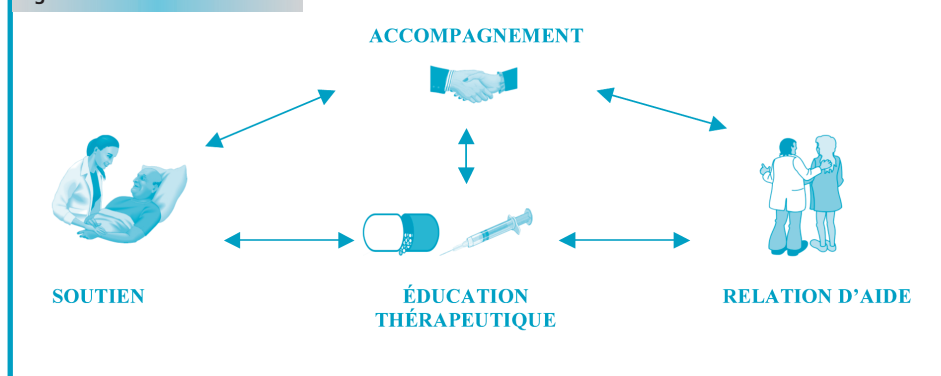
tique, avec ses valeurs, correspond mieux aux actions organisées par les équipes soignantes : renforcement de l'estime de soi, respect de la personne en lui permettant de s'adapter à son problème de santé et à le résoudre étape par étape.

L'éducation thérapeutique est une des actions proposées par les soignants. L'équipe de Tenon a choisi le terme « accompagnement thérapeutique », car en effet l'observance est une variable fluc-

ment est donc fondamentale, car elle est un facteur direct du succès thérapeutique.

L'importance dans les maladies chroniques, c'est la persistance du degré d'observance requis dans la durée. La non observance ne peut être imputée uniquement au patient. Elle nécessite plusieurs axes d'intervention, et c'est en partie ce qui va motiver l'équipe soignante de l'hôpital Tenon pour mettre en place, dès 2001, une ligne téléphonique dédiée à l'observance. Cette ligne réservée

Fig. 1 - Les actions Infirmières.



tuante et dynamique, et accompagner convient mieux aux actions réalisées par les soignants de cette unité.

Pour les personnes contaminées par le VIH, l'arrivée de ces médicaments va diminuer le taux de mortalité et inscrire progressivement cette infection dans les pathologies chroniques. D'autres maladies, comme le diabète notamment, ont déjà permis aux soignants de mettre au service des malades des compétences acquises : en créant des ateliers cuisine par exemple. Ces actions s'inscrivent dans une démarche plus éducationnelle que motivationnelle.

Mais le VIH pose d'autres problématiques, il s'agit d'un virus qui mute dès que les traitements sont pris de façon irrégulière. L'importance de la bonne prise du traite-

ment, permet à ces derniers de poser des questions à un médecin en cas d'oubli de prise par exemple. Une large publicité de cette offre est réalisée par les médecins et Infirmier(e)s du service.

En 2003, la réflexion de l'équipe soignante du service des Maladies Infectieuses et Tropicales de Tenon a conduit à la mise en place d'une consultation d'accompagnement thérapeutique.

L'acte d'éduquer fait partie de la pratique infirmière dans les unités de soins. « Enseigner, ce n'est ni inculquer ni transmettre, c'est faire apprendre » (4).





... suite page 11

Compte tenu du manque de personnel, cette activité ne s'effectue pas dans des conditions optimales, car l'éducation et le soutien psychologique ne sont pas des priorités. Pourtant, par décret (5) ces soins appartiennent « au rôle propre infirmier ». La consultation infirmière (fig.1) implique un nouveau mode d'organisation des soins, et pour être en mesure d'occuper cette fonction dans des conditions idéales, une infirmière doit être détachée de l'unité de soins.

Ces consultations d'accompagnement thérapeutiques requièrent une connaissance précise non seulement des textes régissant le métier de chaque professionnel, mais aussi des pathologies impliquées, de la pharmacologie des médicaments prescrits et de leurs effets secondaires.

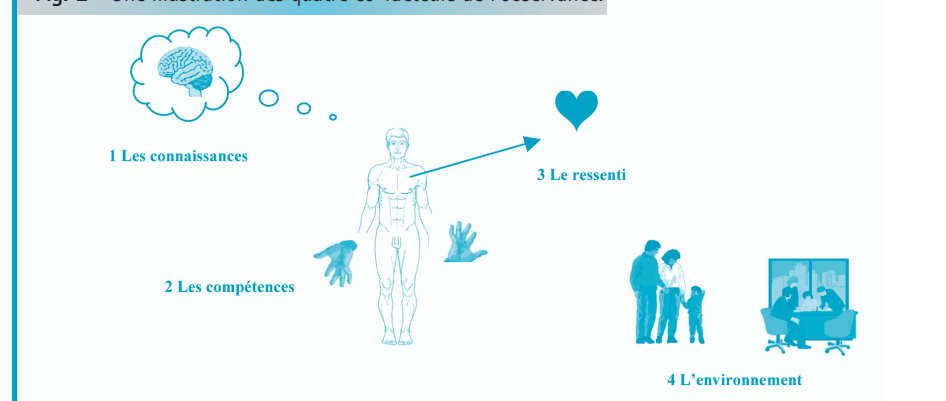
La connaissance des textes se justifie pour que l'Infirmier(e) ne déborde pas dans le champ d'activité des autres professionnels

verbal qui permet de créer un climat dont la personne a besoin pour changer, retrouver son courage, se reprendre en main et évoluer vers un mieux être physique ou émotif » (6).

Les consultations débutent en s'appuyant sur le modèle de counseling appliqué à l'observance thérapeutique aux traitements de l'infection par le VIH : MOTHIV (7). Ce modèle vise à rendre autonome le patient par rapport à ses traitements, et structuré par quatre composantes évaluées lors d'entretiens semi-directifs (fig.2).

L'intérêt majeur du modèle MOTHIV (fig.3) est de proposer une démarche d'aide, afin que le patient construise lui-même sa motivation à prendre son traitement, en s'impliquant lui-même dans le suivi au long cours « la plupart des maladies chroniques doivent être gérées au quotidien par le patient lui-même et contrôlées épisodiquement par le médecin » (8).

Fig. 2 - Une illustration des quatre co-facteurs de l'observance.



(médecin, psychologue, diététicienne...). La connaissance des pathologies et de la pharmacologie se justifie pour partager avec la personne soignée des informations de qualité lors des entretiens, et être en mesure d'évaluer et de réajuster les connaissances de cette dernière sur la maladie. Il s'agit donc bien d'une relation à double sens, dans laquelle chaque soignant a besoin du patient pour construire son identité professionnelle.

Par ailleurs, pour accompagner la personne, et aussi pour prendre soin d'elles-mêmes, les Infirmier(e)s du service des Maladies Infectieuses et Tropicales décident d'approfondir leur formation initiale à la relation d'aide infirmière.

Cette formation, d'un niveau de qualité supérieure, fut animée par Margot PHA-NEUF, Infirmière clinicienne canadienne, qui donne comme définition de la relation d'aide « un échange à la fois verbal et non

L'objectif de la méthode est d'aider chaque patient dans la prise quotidienne de ses traitements, d'identifier et de réduire les obstacles l'empêchant de les prendre, ceci en tenant compte des principes du counseling : écoute, empathie, non jugement, croyance dans le potentiel de la personne...

Cette consultation s'appuie sur un programme d'intervention composé de quatre entretiens de trente à quarante cinq minutes. Les guides utilisés prennent en compte systématiquement les quatre co-facteurs de l'observance (fig.1), l'abord de ces derniers permet une approche globale et multidimensionnelle dont l'objectif et le résultat sont de ne pas faire disparaître la personne soignée derrière son traitement. Il s'agit plutôt de l'aider à trouver par elle-même des façons de l'intégrer dans sa vie, en utilisant des stratégies comme la résolution de problèmes, l'aide à la prise de décisions et la gestion de crises.

Fig. 3 - Principes de base pour intervenir auprès des patients.



L'équipe de Tenon a adapté initialement la méthode aux besoins détectés des patients VIH hospitalisés dans le service, qu'ils soient naïfs de traitements ou pas. Elle a été appliquée ensuite à ceux ayant des traitements au long cours pour des affections telles que la tuberculose, les hépatites virales, l'insuffisance rénale, le diabète, etc....

Pour se prévaloir d'un modèle et y faire référence, les infirmier(e)s ont mis en place des réunions mensuelles, permettant un rappel de la méthode et favorisant les échanges sur les difficultés rencontrées par les soignants lors des entretiens.

Par ailleurs, les patients rencontrant différents soignants, ces derniers ont du travailler la qualité de l'écriture, afin de fournir un compte rendu de la consultation fidèle à ce qui s'y est déroulé, pour que les informations soient optimisées et utiles à la continuité des soins, tant sur support papier qu'électronique.



... suite page 12

Les comptes-rendus de ces consultations d'observance sont donc souvent denses par essence, car ils abordent de multiples thèmes, mais aussi car ils dressent un portrait le plus fidèle des chances de succès du traitement et ils s'attachent aussi à décrire et dépister les obstacles à une observance optimale. Certains collaborateurs trouvent ces comptes-rendus trop denses : c'est à notre avis méconnaître l'importance comme le souligne Anne LACROIX « que se raconter revient à faire du sens, notamment dans les pathologies chroniques » (9), et que lors des ces entretiens les patients racontent leur histoire : vécu de l'annonce, les attentes face aux traitements, le partage du diagnostic avec l'entourage, la prise du traitement sur le lieu de travail, la motivation face à un traitement à durée indéterminée...

C'est un besoin aussi important pour eux que pour nous soignants, qui nous permet de réfléchir sur cette relation soignant/soigné.

Lors de ces moments privilégiés nous découvrons l'identité de l'autre. Elle nous

donne les moyens de mieux comprendre ce qui touche le patient, le bouleverse, le rend heureux, mais aussi ce qui va lui permettre de découvrir ses propres ressources, et de résoudre des difficultés lui-même.

Comme soigner c'est aussi travailler ensemble, nous nous sommes rapprochés dès 2005, des pharmaciens et de leur collaborateurs. Toujours avec le souci d'apporter un accompagnement de qualité aux personnes soignées, nous les avons impliqués dans notre programme autour de l'observance.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics ont fixé aux hôpitaux certaines priorités : la prévention, l'éducation, l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, la diminution de la durée moyenne de séjour, et des coûts (10). A ces priorités s'ajoute une baisse de la démographie médicale. Actuellement, les difficultés rencontrées par les directions pour recruter du personnel infirmier sont un handicap pour permettre à ce type de prise en charge nouveau de perdurer.

Ce que nous retenons de la pratique des consultations infirmières, c'est d'abord la

grande satisfaction des personnes soignées et des soignants prenant en charge le patient. De plus, les Infirmier(e)s valorisent leurs compétences par une meilleure intégration au projet thérapeutique, une implication plus forte dans leur pratique professionnelle. Et enfin, le travail en collaboration avec les pharmaciens permet aux patients d'être accompagnés par une équipe cohérente tout au long de son parcours de soins.

Pour 2008, de nouvelles perspectives se précisent, avec une autre méthode : TEMPS CLAIR. Celle-ci est une méthode plutôt éducationnelle, centrée sur l'apport d'outils pédagogiques pour le soignant, et d'outils d'aide à la prise des traitements pour les patients. Elle va donc compléter la méthode motivationnelle utilisée actuellement (MOTHIV).

Le mélange de ces deux méthodes permettra certainement d'enrichir notre accompagnement thérapeutique auprès des personnes soignées.

### Références

1. Lacroix A, Assal JP, L'éducation thérapeutique des patients, Nouvelles approches de la maladie chronique. Paris, Vigot, 1998 : 10
2. Gallais JL, programme d'éducation thérapeutique SMFG. Paris, 2000
3. Kübler-Ross E, Vème conférence internationale sur le Sida. Montréal, Canada, 1989
4. Reboul O, La philosophie de l'éducation. Coll. QSJ n°2441, Puf, 1989
5. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique, Livre III Auxiliaires médicaux, Titre I profession d'Infirmier ou d'Infirmière, Cap. I Exercice de la profession, Section I Actes professionnels, Articles R.4311-1, R.4311-5, R.4311-6
6. Phaneuf M, Séminaire sur la relation d'aide. St-Jean-sur-Richelieu, Québec, Canada, 1996
7. Tourette-Turgis C, Rébillon M, Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/ SIDA, De la théorie à la pratique. Comment Dire, Paris, 2002 : 99-122
8. Lacroix A, Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé. La santé de l'homme mai/juin 2005, 370 : 31-32
9. Lacroix A, Journée d'éducation thérapeutique. GHU Pitié-Salpêtrière Paris Est, 16 mai 2007
10. Jovic L, La consultation infirmière à l'hôpital. ENPS, 2002 : 13

## LES PETITIENT

### Du DIFFICILE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF À L'IMPROBABLE SOLUTION THÉRAPEUTIQUE.

**L'**ai fait connaissance de Mme C., il ya 3 ans, alors que je commençais mon clinicat. Elle était alors âgée de quarante ans, présentait une obésité morbide (BMI à 47 kg/m<sup>2</sup>), des troubles des conduites alimentaires, un diabète déséquilibré (HbA1c > 10%) sous traitement oral maximal, et.... une psychose infantile.

Ma première tentative thérapeutique a été de joindre son psychiatre pour tenter de mettre en place une structure d'accueil en ambulatoire qui lui aurait permis de sortir et de ne pas rester cloîtré chez elle. Malheureusement cela ne semblait pas

réalisable. Elle restait à 10%. Ma deuxième tentative a été de l'hospitaliser dans le service ne serait-ce que pour pouvoir enfin, réaliser un bilan des complications qu'elle n'avait jamais eu malgré 10ans de diabète déséquilibré.

Elle restait à 10%. Ma troisième tentative a été de la réhospitalisée pour la mettre sous insuline, les injections étant réalisés par son mari, lui-même diabétique. Bien entendu chaque hospitalisation n'a pu être possible que grâce au soutien de l'équipe médicale et paramédicale, peu habituée et non formée, à prendre en charge ces patients dif-

ficiles, au comportement inadapté à notre structure hospitalière. Elle restait à 10%. Après une dernière hospitalisation pour choc septique sur pyélonéphrite, j'instaurais, en désespoir de cause, une prise en charge par les infirmières à domicile des injections d'insuline.... Et là, surprise, je la revis en consultation à 5,9% ! Merci aux infirmières de ville d'avoir dépassé leur rôle de technicienne, d'avoir su écouter, accepter et aider cette patiente ; grâce à leur accompagnement quotidien elle avait enfin réussi à supprimer les grignotages incessant de sucrerie.

Dr Bouché, St-Louis

# le POUR VOUS (PAR CÉCILE FOURNIER)

**MARYVETTE BALCOU-DEBUSSCHE.**

**L'ÉDUCATION DES MALADES CHRONIQUES – UNE APPROCHE ETHNOSOCIOLOGIQUE.**

**PARIS, EDITIONS DES ARCHIVES CONTEMPORAINES, 2006, 280 p. 29 €**

**COMMENT** les patients diabétiques de type 2 vivent-ils la maladie ? Plus particulièrement, comment vivent-ils les activités éducatives qui leur sont proposées à l'hôpital ? Comment ces activités font-elles évoluer le rapport des patients à différentes dimensions en lien avec le diabète, et quel est leur impact sur la gestion de leur vie avec la maladie, lorsque les patients retrouvent leur domicile ?

Le livre de Maryvette Balcou-Debussche apporte un éclairage sur ces questions à partir des résultats d'une recherche qualitative menée dans l'Ile de la Réunion, en lien avec l'enquête épidémiologique Inserm REDIA en 1999-2001. Cette recherche a concerné 42 personnes diabétiques de type 2, vivant en secteur rural, semi-rural et citadin. Des entretiens ont été menés avec ces personnes ainsi que des observations par des ethnologues, à la fois à l'hôpital (séances éducatives) et à leur domicile (en moyenne quatre heures d'observation, incluant notamment la préparation des repas). Trois enquêteurs ont ainsi pu recueillir un matériel très original, pour

l'analyse duquel l'auteur mobilise les outils théoriques de l'ethnologie et de la sociologie.

Après un premier chapitre consacré aux aspects théoriques, contextuels et méthodologiques, six chapitres explorent les dimensions suivantes : celle des rapports que les patients entretiennent avec l'institution hospitalière, au moment d'un séjour et par la suite (Chapitre 2 : « les patients et l'institution hospitalière ») ; celle des formes de violence symbolique qui peuvent être produites au cours des situations éducatives, ainsi que le rôle du langage dans les rapports qu'entretiennent les patients au savoir et au pouvoir (Chapitre 3 : « rapports à l'apprentissage et à l'éducation »). Deux chapitres sont consacrés plus particulièrement au rapport des patients à l'alimentation (Chapitre 4 : « nourritures et façons de manger ») et à l'activité physique (Chapitre 5 : « activités ordinaires et activités physiques »). Le chapitre suivant s'intéresse au rôle de l'environnement dans la gestion de la maladie (Chapitre 6 : « environnement familial et social »). Le septième chapitre, intitulé « Constructions, reconstructions et orientations pour l'action », s'attache à déconstruire plusieurs mythes, tels celui « du patient cortiqué » ou celui « du diabétique passif, peu motivé » ; il pro-

pose également des pistes pour une « écologie de la formation du malade chronique » et plaide pour une « mise en vigilance éducative » des éducateurs, une « prise en compte de la niche de développement » du patient, ou encore la « création de nids d'apprentissage ».

Chacun de ces chapitres débute par trois « cas de patients », qui rendent l'ouvrage très vivant et l'ancrent profondément dans la réalité que vivent les personnes diabétiques.

Au-delà des particularités culturelles liées à un terrain d'enquête situé sur l'Ile de la Réunion, cet ouvrage explore des dimensions qui sont constitutives du rapport que tout patient entretient avec la maladie, avec l'institution hospitalière, avec les activités éducatives que lui proposent les soignants, ainsi que la manière dont ces interventions prennent sens dans sa vie quotidienne, en fonction de son environnement physique, familial et social.

Ce livre propose ainsi un éclairage particulier sur l'éducation proposée aux patients atteints de maladies chroniques, à partir de ce que vivent les patients au quotidien, tout en proposant des pistes pour améliorer les pratiques éducatives.

## COMITÉ DE RÉDACTION :

Clara Bouche (Paris) • Alina Ciofu (Montargis) • Cécile Fournier (Paris) • Hélien Mosnier-Pudar (Paris) • Julie Pélicand (Bruxelles)  
Dorothée Romand (Paris) • Julien Samuel Lajeunesse (Paris) • Fabrice Strnad (Pontoise) • Martine Tramonî (Neuilly s/Seine)

## DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Serge Halami, Diabétologie CHU de Grenoble, 38700 La Tronche - Tél. 04 76 76 58 36

## DIRECTEUR DE RÉDACTION :

Guillaume Charpentier, Hôpital Gilles-de-Corbeilles, 59 bd H. Dunant, 91100 Corbeil - Tél 01 60 90 30 86

## RÉDACTEUR EN CHEF :

Monique Martinez, CH de Gonesse, 25 rue Pierre de Theilley, BP 71, 95503 Gonesse - Tél 01 34 53 27 53



votre **nouveau** lecteur de glycémie

# GLUCOFIX

## *miò*

*un concentré  
de haute  
technologie*



**+ rapide** (4 secondes chrono)



**+ simple** (sans calibration)



**+ confortable** (0,3µl de sang suffisent)

*qui dit mieux ?*



**Pour vos diabétiques de type 2,**  
dès que régime, exercice physique et réduction pondérale sont insuffisants

# DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

- **Efficace en monothérapie**
- **Efficace en association\***



**Désormais disponible en conditionnement trimestriel**

**Une seule prise par jour**

COMPOSITION ET FORMES : Gliclazide 30 mg cp à Libération Modifiée. Btes de 30, 60, 100 ou 180. INDICATION : DNID (diab. type 2),

chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la réduc. pondérale seuls ne sont pas suffisants pour obtenir l'équil.

glycémique. POSO. ET MODE D'ADMINISTRATION : 1 à 4 cp/j en une seule prise au moment du petit déjeuner y compris chez les patients de

plus de 65 ans et chez les insuffisants rénaux modérés avec une surveillance attentive. \* Assoc. possible aux biguanides, inhibiteurs de l' $\alpha$ -glucosidase,

à l'insuline (un traitement associé par insuline peut être instauré sous stricte surveillance médicale). Respecter un intervalle de 1 mois mini. entre chaque palier. CONTRE-INDIC. :

DID (diab. type 1), précoma et coma diab., acidocétose diab., insulf. rén. ou hépat. sévère (dans ces situations, recourir à l'insuline), hypersensibilité au gliclazide ou à l'un des constituants, aux autres sulfonylurées, aux sulfamides,

trait. par miconazole (cf. Interac. et autres formes d'interac.), allait. (cf. Grossesse et allait.). MISES EN GARDE ET PRÉC. D'EMPLOI : Risq. d'hypoglycémie sous sulfamides pouvant nécessiter une hosp. et un resucrage sur plusieurs

jours. Informer le patient des risq. et préc. d'emploi et de l'importance du respect du régime alim., d'un exercice physique régulier, du contrôle de la glycémie. Ne prescrire que si l'alimentation est régulière. INTERACTIONS :

Majorent l'hypoglycémie : miconazole (contre-indiq.), phénylbutazone, alcool (déconseillés),  $\beta$ -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres antidiab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.- $H_2$ , IMAO,

sulfonamides et AINS ; diminuent l'effet hypoglyc. : danazol (déconseillé), chlorpromazine, glucocorticoïdes, tétracosactide ; en IV : ritodrine, salbutamol, terbutaline. Assoc. à prendre en compte : anticoagulants. GROSSESSE ET

ALLAIT. : Relais par insuline si grossesse envisagée ou découverte, allait. contre-indiq. APTITUDE À CONDUIRE : Sensibiliser le patient aux symptômes d'hypoglyc. Prudence en cas de conduite. EFFETS INDÉSIRABLES :

Hypoglycémie, troubl. gastro-intest. Plus rares, régressant à l'arrêt du trait. : érup. cutanéomuq., troubles hématol., troubles hépatobil. : élévation des enz. hépat., hépatites (cas isolés). Si ictère cholestatique : arrêt immédiat du

trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCÉMIANT-DÉRIVÉ DE L'URÉE. DIAMICRON 30 mg possède un hétérocycle azoté qui le différencie des autres sulfamides. Prop. métaboliques : DIAMICRON 30 mg

restaure le pic précoce d'insulinosécrétion, en présence de glucose. En plus de ses propriétés métaboliques, DIAMICRON 30 mg présente des propriétés hémovasculaires : DIAMICRON 30 mg diminue le processus de

microthrombose. Prop. pharmacocin. : après l'adm., les conc. plasmat. de gliclazide augmentent progressivement jusqu'à la 6<sup>e</sup> h puis évoluent en plateau entre la 6<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> h. La prise unique

quotidienne de DIAMICRON 30 mg permet le maintien d'une concentration plasmatique efficace pendant 24 h. LISTE I - Remb. Séc. soc. 65 % - Coll. À conserv. dans le conditio. d'origine.

AMM 354 184-8 - 30 cp : 9,73 € ; CTJ : 0,32 € à 1,30 €, AMM 354 186-0 - 60 cp : 17,98 € ; CTJ : 0,30 € à 1,20 €, AMM 354 188-3 - 100 cp (mod. hosp.), AMM 372 261-0 - 180 cp : 52,21 € ;

CTJ : 0,29 € à 1,16 €. Info. complète, cf. VIDAL Info. méd. : Servier Médical - Tél : 01 55 72 60 00 - Les Laboratoires Servier - 22, rue Garnier - 92578 Neuilly sur Seine Cedex.

