



DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ ÉDUCATION
VOLUME 18 - N° 2
Juin 2008

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

éd:to

DIABÈTE DE TYPE 2 : TRAITER INTENSIVEMENT OU PAS ? THAT IS THE QUESTION ADA 2008 : LE CONGRÈS DES DÉCEPTIONS... EN APPARENCE ?

L'INTENSIFICATION du traitement de la glycémie du diabète de type 2 visant une normoglycémie ou tout au moins une HbA1c proche de 6 % est-il capable de réduire l'incidence des complications cardio-vasculaires ? Trois « mega-trials » (ADVANCE, ACCORD et la VA DIABETES TRIAL) centrés sur cette question ont « craché » leurs premiers résultats surprenant à San Francisco lors du Congrès de l'ADA les 9 et 10 juin derniers. Depuis l'UKPDS, l'étude Kumamoto et par analogie DCCT-EDIC on croyait pourtant l'affaire tranchée. D'ailleurs ces 3 essais montrent une tendance modeste mais concordante, bien que non significative, vers une diminution dans le groupe intensifié, des complications cardio-vasculaires (- 6 à - 14 %, ns).

Mais aucune de ces études n'atteignait le seuil fatidique de significativité statistique, et donc malgré ces tendances favorables, la conclusion était l'absence d'impact positif sur la survenue de complications cardio-vasculaires dans leur ensemble.

Pire encore l'essai ACCORD a été arrêté 18 mois avant son terme, bien que le critère principal de l'étude (la survenue des complications cardio-vasculaires dans son ensemble) présente une tendance favorable, en particulier une diminution significative de 24 % des infarctus non fatals. En effet il était apparu un excès significatif de 22 % des décès dans le groupe intensifié (HR = 1.22, p = 0.04). Avec un taux de décès moyen annuel de 1.41 % dans le groupe intensifié contre 1.14 % dans le groupe traitement standard.

La cause exacte de ces décès restant d'ailleurs mystérieuse car une majorité étant liée à une mort subite inexpiquée.

Alors qu'en conclure ? Que le succès du traitement de la glycémie est dangereux ? Alors même que ces 3 études atteignent des moyennes d'HbA1c record (6.5, 6.9 et 6.4 %) toutes sous la barre fatidique du 7 % ? L'objectif thérapeutique serait-il justement

	Nombre patients	Durée du Diabète	HbA1c finale		Evènement Cardio-vasculaires	p
			Intensifiée	Standard		
ADVANCE	11 140	5 ans	6.5 %	7.3 %	- 6 %	0.32
VA	1791	6 ans	6.9 %	8.4 %	- 14 %	0.12
ACCORD	10251	3.5 ans	6.4 %	7.5 %	- 10 %	0.16

de ne pas être sous le 7 % mais bien au dessus de 7 % ? Cette conclusion paradoxale est dangereuse, et probablement fautive. Il faut en effet remarquer :

- les diabétiques recrutés dans l'étude ACCORD n'étaient pas des diabétiques « standard » mais des patients qui avaient déjà pour beaucoup un lourd passé cardio-vasculaire ;
- il y avait un taux important d'hypoglycémies sévères dans cette étude, ce qui n'est sans doute pas bon chez des patients à vascularisation cérébrale et myocardique fragile. D'ailleurs dans « ACCORD » les patients qui avaient un antécédent d'hypoglycémie sévère avant d'entrer dans l'étude, avaient un risque double de décès pendant cette étude. Même dans l'étude des vétérans, les patients ayant fait une hypoglycémie sévère avaient un risque d'évènements cardio-vasculaires double. L'hypoglycémie pourrait donc jouer un rôle dans cette évolution défavorable, même si pour l'instant il n'a pas pu être précisément cerné et de fait probablement n'explique pas tout.

L'histoire de l'intensification du traitement du diabète, qui a commencé il y a une vingtaine d'années dans le diabète de type 1, devrait nous évoquer des évolutions paradoxales analogues : lors de la première « STENO STUDY », qui concernait l'évaluation de l'intensification du traitement du diabète chez des patients diabétiques de type 1 présentant une rétinopathie, l'aggravation de la rétinopathie après la première année de traitement intensifié, avait été un choc pour avocats de l'intensification.

La sérénité était revenue après la 2e année où l'équilibre évolutif rétinien entre groupe

intensifié et groupe standard était rétabli, puis par la suite quand le groupe intensifié prenait l'avantage en termes d'évolution des complications rétinienues. Le même phénomène avait été observé dans le DCCT. N'y-a-t-il pas quelques rapprochements à faire avec le diabète de type 2 et les études actuelles ?

C'est probablement l'étude des vétérans qui pourrait nous apporter le fin mot de l'histoire : globalement dans cette étude, il n'y a pas d'avantage en termes de complications cardio-vasculaires dans le groupe intensifié.



SOMMAIRE

Éditorial : Diabète de type 2 : traiter intensivement ou pas ? that is the question P. 1
Dr G. CHARPENTIER

Vu pour vous : Équipe mobile d'éducation à l'Hôpital Lariboisière P. 2
Valérie Portay

Testé pour vous : DVD Le diabète de type 2, support vidéo réalisé en langue vietnamienne sous titré en français, pour faciliter l'échange entre soignants et soignés P. 3
Fabrice Strnad

Évalué pour vous : Recherche d'acétone : pour qui, comment, pourquoi ? P. 4
Dr Clara Bouché

De la théorie à la pratique : Quotidien de médecine éducative en Nouvelle-Calédonie P. 6
Dr Marianne Pin

... suite page 1

Mais l'avantage de l'intensification devient tout à fait net quand il est considéré dans le sous groupe de patients inclus dans l'étude avec un diabète récent, l'intensification du diabète devient neutre quand elle est instaurée après une douzaine d'années d'évolution, puis elle devient délétère au delà. Les conclusions que je tire de cette affaire est qu'il faut viser une normalisation des profils glycémiques dès le diagnostic, et le maintenir tout au long de l'évolution de la maladie. D'ailleurs les patients déjà pas

trop mal équilibrés (HbA1c < 8 %) lors de l'inclusion dans l'étude ACCORD tirent un bénéfice significatif de l'intensification du traitement quelle que soit l'ancienneté de leur maladie. En clair : faisons le bon travail tout de suite sinon il sera trop tard. Chez les patients fragiles, à la vascularisation en particulier myocardique déjà très altérée, la normalisation glycémique brutale est sans doute hasardeuse, comme elle l'est en cas de rétinopathie diabétique sévère. Si on envisageait une intensification du traite-

ment chez ces patients, il faudrait sûrement le faire de façon très progressive, et en choisissant des traitements sans risque hypoglycémique important. En ce sens les recommandations françaises qui réclament une HbA1c à 6 % au début de la maladie, et en se contentant d'un objectif inférieur à 7 % en période tardive, après échec de bithérapie, ont-ils bien anticipé les conclusions que l'on pourrait tirer des trois études actuelles.

Docteur G. CHARPENTIER

UN POUR VOUS

EQUIPE MOBILE D'ÉDUCATION À L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

V. PORTAY IDE EDUCATRICE EN DIABÉTOLOGIE - SERVICE DE MÉDECINE B
HÔPITAL LARIBOISIÈRE

NOUS constatons que depuis ces dernières années une recrudescence de découverte du diabète dans les autres services de l'hôpital avec une demande de plus en plus forte de prise en charge de déséquilibre glycémique du à un autre pathos (tel une chirurgie, un problème cardio...).

De plus, nos « vieux » patients diabétiques n'étaient pas satisfaits de la prise en charge de leur diabète dans les autres services du fait de méconnaissance de leur traitement ou de leur niveau de compétence dans leur prise en charge; bien souvent ils ne sont pas écoutés car les soignants n'ont pas le temps d'entendre leur message ou peur de laisser faire.

C'est pourquoi, avec le Dr LALOI, nous avons essayé de remédier à tous ses soucis quotidiens tant pour les soignants mais avant tout, pour tous ces patients en attente de respect et de reconnaissance de leurs compétences.

Nous avons créé cette équipe depuis septembre 2006, en nous donnant des objectifs bien précis :

Médical :

- aide à la prescription spécifique en diabétologie
- prise en charge de l'hyperglycémie
- évaluation du traitement du patient diabétique
- organisation de la suite des soins en diabétologie

Paramédical :

- Education du patient diabétique
- Remise à niveau de connaissance pour le patient hospitalisé
- Proposition d'un projet de soin commun
- Education de la famille si possible (notamment pour la personne âgée)
- Partage des connaissances avec les professionnels de santé

Nous devons dans un premier temps nous faire connaître par les différents services hospitaliers afin de gagner « une confiance » pour pouvoir évoluer. Pour ce faire, nous nous devons d'être joignables du lundi au vendredi grâce à un téléphone portable interne et d'un numéro téléphonique 24/24 ou les messages seraient pris.

A l'heure actuelle, nous avons entre 3 à 8 demandes par jour d'évaluation de traitement et d'éducation.

Dès lors que l'on reçoit l'appel, nous nous déplaçons dans le service pour apprécier ou mettre en place un traitement.

Tous les jours je me déplace pour observer l'avancé du patient par rapport à son traitement et revoir avec les soignants « ce qui n'a pas été ».

Je profite aussi de ce moment privilégié pour expliquer à mes collègues ce qu'est que le diabète et les différents modes de prise en charge (quand elles disposent de temps d'écoute).

Lorsque cela est possible, nous organisons

des cours en interne en essayant de répondre au maximum au questionnement de nos collègues.

Enfin, avant la sortie du patient, nous nous assurons du suivi médical et paramédical de ces patients en prévoyant soit une consultation avec un diabétologue, une hospitalisation de jour ou de semaine, et une consultation infirmière dans la semaine qui suit sa sortie. De plus, nous leur donnons systématiquement un numéro de téléphone en cas de problème d'adaptation ou de questionnement au retour au domicile.

En conclusion, nous pouvons dire que ce binôme médecin/ide fonctionne bien, source de satisfaction tant pour les équipes soignantes de l'hôpital LARIBOISIÈRE mais aussi de nos patients diabétiques qui doivent se faire hospitaliser dans d'autres services que celui de diabétologie où ils ont l'habitude d'aller. Je pense que nous devons être ce lien indispensable entre la prise en charge de cette pathologie chronique et les autres services dont la spécificité n'est pas de s'occuper de diabète.

QUE SONT DEVENUS SES PATIENTS ?

Lors des consultations après l'hospitalisation, dans les 10 jours en général qui suivent la sortie, je les revois en consultation infirmière pour évaluer les besoins, les questions qu'ils se sont posés chez eux.



●● suite page 2

Bien souvent, c'est une source de satisfaction d'être autonome pour eux, de n'avoir pas à dépendre d'une infirmière, même si parfois ils doutent de leur capacité à s'autogérer car ils n'en ont pas l'habitude. Pendant ses moments privilégiés, je profite pour discuter de leur famille quel modification cela a fait autour d'eux, dans leur travail, et on essaye de trouver des solutions.

Parfois, quand je les sens fragiles, je prévois une autre consultation, ce sont eux qui décident du moment, tous en leur laissant mon numéro de téléphone en cas d'incertitude ou tout simplement de revenir me voir si quelque chose n'allait pas. C'est leur « porte de secours ».

Puis dans les 3 mois, ils sont revus par le diabétologue pour réévaluer leur traitement et être examinés de la tête au pied.

En grande majorité, ses patients sont heureux de constater que cela marche pour

eux, que leur vie malgré, soit la découverte de ce diabète, la mise sous insuline, n'est pas bouleversé dans son entier. Ils sont capables de se projeter dans l'avenir malgré cette pathologie chronique. Parfois, aussi, quel déception de ne plus avoir de nouvelles, alors que l'on s'est investi, mais ce n'est pas la majorité et, quand bien même, c'est peut être que le message n'est pas bien passé ou qu'ils n'ont pas vu la nécessité de revenir nous voir.

QU'EST-CE QUE CELA M'A APPORTÉE DE PLUS QUE D'ÊTRE UNIQUEMENT DANS UN SERVICE DE DIABÉTOLOGIE ?

En fin, une vraie reconnaissance du travail, d'écoute, de transfert de compétence vers

le patient et vers mes collègues des autres services.

A l'heure actuelle, les demandes sont en pleine recrudescence car nous sommes reconnus avec le Dr Laloï comme apportant un plus à toute ses équipes médicales et paramédicales.

De plus, quelle satisfaction personnelle de voir ses patients se débrouiller seuls face à leur diabète, et nous remerciant en parole, en sourire; ils sont fiers de nous montrer comment ils se sont débrouillés au quotidien, même, ceux qui ont des difficultés de langage (d'origine ethnique différente), Car pour eux c'est un vrai défi.

Quand à mes collègues, c'est un enrichissement au quotidien, car si elles ou ils ont progressés dans la prise en charge des ses patients, elles m'apportent des connaissances de leur spécialités.

TESTÉ POUR VOUS

DVD « LE DIABÈTE DE TYPE II »,

SUPPORT VIDÉO RÉALISÉ EN LANGUE VIETNAMIENNE SOUS TITRÉ EN FRANÇAIS,
POUR FACILITER L'ÉCHANGE ENTRE SOIGNANTS ET SOIGNÉS.

EST avec beaucoup de plaisir que je réalise cette rubrique au sujet d'un projet qui a vu le jour et qui tenait énormément à cœur de son auteur Marie Marguerite GIRARD, infirmière spécialisée en secteur de diabétologie et bien sûr à toute son équipe du centre hospitalier de GONESSE situé près de PARIS, dans le département du Val d'Oise (95).

En effet, ce projet, tourné autour du diabète de type II représente l'aboutissement d'une longue réflexion menée par Marie Marguerite à la suite de la formation de formateurs du DELF qu'elle a suivi. Ce projet ambitieux a pu voir le jour après plusieurs années de conception grâce à la collaboration de toute son équipe et de l'aide de l'industrie pharmaceutique.

Grâce à ce nouveau support, nos équipes d'éducation vont pouvoir s'enrichir d'un nouvel outil pédagogique ciblant la population vietnamienne, outil qui fait suite aux 2 premières vidéos produites par l'équipe diététique de l'hôpital St LOUIS (alimentation et Afrique ; alimentation et Chine).

DESCRIPTION DU CONTENU DU DVD :

Pour une meilleure compréhension, ce document vidéo pédagogique est accompagné d'un livret explicatif.

Le menu principal se compose de 6 chapitres.

Nous pouvons décider de visionner le film dans son intégralité (durée approximative de 36') ou bien de choisir une thématique précise (soins des pieds – auto surveillance et HbA1c – hypoglycémie – alimentation-exercice physique) en rapport avec un point éducatif ciblé en entretien avec notre patient et son entourage pour renforcer le message abordé. De plus, l'équipe de GONESSE n'a pas omis d'aborder le ressenti et le vécu des patients confrontés à la prise en charge de cette pathologie chronique.

Le fil conducteur de ce DVD est un entretien entre un médecin diabétologue et 3 patients qui sont reçus au centre hospita-

lier pour obtenir des informations pratiques sur leur maladie. Chaque thème abordé est illustré en mettant en scène des moments de la vie quotidienne d'une manière très concrète, ce qui permet aux patients qui visionnent le DVD de se retrouver dans la problématique exposée (la scène de l'hypoglycémie est particulièrement réussie).

Bien entendu, à travers cette toile de fond de la population vietnamienne, nous retrouvons tous les conseils de prise en charge basés sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ALFEDIAM médicale et paramédicale.

Le seul point que nous pourrions regretter est que la particularité culturelle de cette population vietnamienne ne ressort pas précisément (habitudes alimentaires, croyances en santé, recours en une médecine autre que notre modèle occidental...).



... suite page 3

Il me semble aussi que ce film s'adresse davantage à des personnes vietnamiennes vivant en France, « européens » mais ne parlant pas toujours correctement Français.

En ce qui concerne l'approche de la gravité de la maladie et de ses complications, on pourra toujours se poser la question de savoir s'il est judicieux de montrer des images « chocs » de pieds atteints par des maux perforants puisque un des objectifs du DVD est de prévenir ce type de complications et donc ne va pas s'adresser à des patients déjà atteints gravement.

Comment peut-on s'identifier à une telle brutalité visuelle ? Ce débat est toujours

d'actualité en tout cas dans les services qui font de l'éducation avec comme toile de fond la maladie chronique...et la difficulté que rencontrent les soignants pour encourager les patients à modifier des comportements de santé quand cela est bien sûr nécessaire.

Je tiens dans cette fin de rubrique à féliciter l'équipe de GONESSE pour ce remarquable travail produit qui ne peut qu'aider les équipes des services de médecine internes spécialisées ou non en diabétologie afin d'accompagner leurs patients vietnamiens pour la prise en charge de ce diabète.

Informations pratiques :

Pour se procurer le DVD :
Marie Marguerite GIRARD,
52 rue Montmélian, 95470 St Witz
bdviel@wanadoo.fr

Prix du DVD : 10 Euros

Sous-titrage en français
ou en anglais disponibles

Fabrice STRNAD
Diététicien
Centre Hospitalier de PONTOISE

évalué POUR VOUS

RECHERCHE D'ACÉTONE : POUR QUI, COMMENT, POURQUOI ?

CLARA BOUCHÉ, HÔPITAL ST LOUIS

NOUS avons tous grandi avec le fameux adage « bandelette pipi si glycémie supérieure à 2,50g/l ». Le dépistage de la cétose permet d'évaluer la carence en insuline et donc le degré d'urgence. L'arrivée du dépistage de la cétonémie par bandelette capillaire a permis d'augmenter la fiabilité du dosage et de dépister des signes avant-coureurs d'insulinopénie pour des seuils de glycémie encore plus bas.

A qui s'adresse la recherche d'acétone, pour quel seuil de glycémie, dans quelles circonstances doit on la rechercher, et qu'elles en sont les conséquences thérapeutiques ? Entre les recommandations et nos pratiques, je vais tenter ici de faire un tour d'horizon personnel.

de Captopril). De plus, le recueil urinaire reflète l'état métabolique du patient entre 2 mictions, mais pas forcément l'état actuel. Enfin, dans le cadre de l'urgence, il faut savoir attendre le recueil urinaire et celui-ci est impossible chez les patients insuffisants rénaux anuriques. Cependant ces bandelettes urinaires permettent une analyse simple, rapide et peu chère de différents paramètres urinaires.

Récemment la recherche de l'acétonémie sur sang capillaire a été rendu possible grâce aux bandelettes spécifiques Medisense Optium , Cétone* utilisables avec le lecteur Optium Xceed. Ces

bandelettes mesurent quantitativement le 3-β-hydroxybutyrique en 20 secondes, mais pour un coût supérieur.

Si l'on compare la fiabilité des deux méthodes de dosage, les 2 techniques offrent une sensibilité et une spécificité comparable pour éliminer une cétose (**Tableau 2**). Cependant pour affirmer une cétose ou s'assurer de la disparition de celle-ci, la recherche de la cétonémie est plus fiable que la cétonurie [3]. De plus cétonémie est supérieure à la cétonurie pour identifier l'acidocétose, celle-ci apparaissant à partir d'un seuil de cétonémie supérieure à 2,5 mmol/l [3].

Tableau 1 :

Comparaison des différents dispositifs de dépistage de l'acétone en terme de coût

	Nom	Laboratoire	Coût en Euros (nombre de bandelettes)	Remboursement
Bandelettes Urinaires	Multistix	Bayer	35,95 (50)	
	Ketodiastix	Bayer	2,70 (50)	oui
	Ketodiabur	Roche	8,26 (50)	
	Acetest	Bayer	2,5 (100)	oui
Bandelettes Capillaires	Medisense Optium B Cétone	Abott	15 (8)	4 boîtes/mois si pompe 1 si moins de 18 ans 5 si grossesse

ACÉTONURIE ET ACÉTONÉMIE

Jusqu'à récemment la méthode de référence pour la recherche d'une cétose se faisait à l'aide de bandelettes urinaires (Multistix*, Ketodiastix* et Ketodiabur test*) (**Tableau 1** [1]). Cette technique présente plusieurs limites. Elle ne détecte pas le 3-β-hydroxybutyrique [2] qui est le principal corps cétonique impliqué dans l'acidocétose. Il s'agit d'une méthode semi-quantitative et il existe des faux positifs (dus par exemple à la prise de L-DOPA ou



••• suite page 4

Tableau 2 :

Corrélation entre les valeurs des bandelettes Multistix* et Medisense Optium β Cétone* et le risque d'acidocétose

Bandelette urinaire en croix de cétonurie	Bandelettes capillaire en mmol/l de cétonémie	Interprétation
0-trace	0-0,5	Absence de cétose
1 croix	0,6-1,5	Acidocétose peu probable
2 croix	1,5-3	Acidocétose possible
3 croix	>3	Acidocétose très probable

Ainsi, pour les soignants, les bandelettes urinaires peuvent suffire au dépistage de la cétose ; mais les bandelettes d'acétonémie apportent un avantage pour la gestion des patients céto-siques et le suivi de la correction de cette cétose. Mais qu'en est-il pour les patients ?

Les recommandations de l'ALFEDIAM

Celles-ci ont été établies par les docteurs B. Charbonnel, C. Boivineau, P. Chopinet, J.-M. Daninos, P. Drouin, D. Durain, F. Guyon et Ph. Passa le 28/11/01, sous le titre : « Prévenir les hyperglycémies sévères et la céto-acidose » [4]. Les recommandations sont les suivantes :

« La fréquence de l'ASG doit être augmentée en cas de maladie intercurrente, de vomissement et/ou de diarrhée, ou de prescription d'un médicament diabétogène. Une surveillance régulière de la cétonurie doit alors être pratiquée. D'une manière générale, les patients doivent rechercher l'acétone à la bandelette urinaire si la glycémie est supérieure à 2.50 g/l (14 mmol/l) deux fois de suite. Une ASG régulière ne résume d'ailleurs pas l'auto-surveillance d'un diabétique. La pratique de principe d'une surveillance urinaire sur les urines de la nuit : uriner au réveil sur une bandelette mixte glucose-acétone, est un complément utile de l'ASG qui peut, dans certains cas, permettre une meilleure analyse de certains chiffres glycémiques du réveil. Cette pratique assure d'autre part avec une bonne sécurité la détection d'une éventuelle cétonurie ».

Et en pratique ?

L'habitude de la plupart des services de diabétologie est de rechercher la cétose si la glycémie est supérieure à 2g50/l, ce qui correspond d'ailleurs aux recommandations de l'ALFEDIAM.

Mais honnêtement suivez-vous ses recommandations ? Et vos patients ? La journée de nos patients commence t'elle par le rituel « pipi » sur la bandelette ? Vérifient-ils tous la présence de cétose dès que leurs glycémies s'élèvent au-delà de 2,50 g/l deux fois consécutives ? Et que font vos patients diabétiques de type 2 ne réalisant pas d'auto-surveillance ? Cela a-t-il un sens de recommander à nos patient une procédure qu'ils ne suivent pas ? Alors que faire ?

Ma conduite à tenir diffère chez les patients diabétiques de type 1 ou 2 traité par insuline ou pas.

Il est exceptionnel que je prescrive des bandelettes de dépistage de la cétose chez les patients diabétique de type 2, sachant que si leur diabète se déséquilibre brutalement je leur conseille de consulter leur médecin traitant ou les urgences afin d'éliminer une maladie intercurrente. La cétose ou l'acidocétose est certes possible chez les patients diabétiques de type 2, mais le plus souvent dans un contexte de maladie intercurrente qui justifie la consultation médicale où la cétose sera alors de toute façon recherchée.

Chez le diabétique de type 1, la recherche de la cétose s'inscrit dans le cadre de la prévention de l'acidose et d'une hospitalisation éventuelle. Outre les possibles maladies intercurrentes, la présence d'une cétose peut révéler le dysfonctionnement d'une pompe à insuline, ou une dégradation de l'insuline (mauvaise conservation...). Quand proposer le dépistage ? Nos patients diabétique de type 1 même bien équilibrés, ont bien souvent 2 glycémies consécutives supérieure à 2g50, doivent-ils emmener les bandelettes de dépistage sur leur lieu de travail ? Une telle attitude se justifie certainement chez les femmes enceintes ou les patients sous pompe à insuline, où la cétose peut avoir des conséquences

rapidement funestes. Dans cette population les bandelettes capillaires de cétonémie sont d'ailleurs remboursées, et il est certainement plus facile pour eux d'effectuer le dépistage en dehors de leur domicile.

Et les autres patient diabétiques de type 1 ? J'aborde toujours le problème de la cétose. Je leur explique qu'il s'agit d'un marqueur d'insulinopénie, que le risque est celui du coma acido-céto-sique en l'absence de correction et que les circonstances de survenue son lié à l'arrêt du traitement ou à une affection intercurrente. Pour des raisons de coût je prescris en général des bandelettes de dépistage urinaire, mais parfois des capillaires pour ceux qui me les demandent et qui en ont les moyens financiers. Je leur dit d'effectuer le dépistage si leur glycémie s'élève alors qu'ils sont malades, où en cas d'hyperglycémie prolongée inexpliquée. En général je donne le seuil de 3 g/l me rapprochant pour cela des recommandations de l'ADA [5]. En cas de cétose je leur conseille d'appeler le service, il est rare que je les éduque sur les fameux 3 à 4 UI d'insuline rapide par croix ou mmol de cétose, imaginant, peut-être a tord, qu'ils ne s'en rappelleront pas le moment voulu. Peut-être aussi parce qu'il me semble plus rassurant d'avoir un contact téléphonique avec ces patients afin de m'assurer de la cause déclenchante et de la correction rapide de la cétose en cas de rajout d'insuline.

Bien entendu, il s'agit là d'un point de vu qui s'est construit entre les recommandations savantes et ma pratique, mais qui ouvre à la discussion.

Références :

- 1 - Avis relatif au tarif et au prix limite de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Journal Officiel n° 8 du 10/01/2006 texte numéro 89
- 2 - Sacks DB, Bruns DE, Goldstein DE, Maclaren NK, McDonald JM, Parrott M. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. Clin Chem. 2002 Mar;48(3):436-72.
- 3 - Taboulet P, Haas L, Porcher R, Manamani J, Fontaine JP, Feugeas JP, Gautier JF. Urinary acetoacetate or capillary beta-hydroxybutyrate for the diagnosis of ketoacidosis in the Emergency Department setting. Eur J Emerg Med. 2004 Oct;11(5):251-8.
- 4 - www.alfediam.org/membres/recommandations/alfediam-autosurvglyc.asp
- 5 - Goldstein DE, Little RR, Lorenz RA, Malone JL, Nathan D, Peterson CM, Sacks DB. Tests of glycemia in diabetes. Diabetes Care. 2004 Jul;27(7):1761-73.

de la théorie à la pratique

QUOTIDIEN DE MÉDECINE ÉDUCATIVE EN NOUVELLE-CALÉDONIE

DR MARIANNE PIN, FÉVRIER 2008

SITUATION GÉOGRAPHIQUE, HISTORIQUE ET SOCIALE :

La Nouvelle-Calédonie est un territoire éloigné de quelques 22 000 km de la métropole, rattaché à la France depuis plus d'un siècle et où le mode de vie y est particulier. Ainsi, elle entremêle différentes cultures en fonction du peuplement progressif et des différents courants migratoires.

Mélanésiens autochtones, colons français, géoliers et bagnards communards, kabyles, de droit commun, puis libérés, immigration de politique de peuplement depuis la métropole, mains d'œuvre asiatique, polynésiens de Wallis et Futuna et de Tahiti, exploitation des mines de nickel depuis un siècle, courant indépendantiste mélanésien émergeant dans les années 70, climat de guerre civile pendant 4 ans et paix instaurée depuis 20 ans.

Le pays s'achemine maintenant vers une autonomisation progressive négociée.

Recensement et répartition communautaire ne sont pas connus avec exactitude tant le sujet est encore délicat et provoque des boycotts de recensement. 230 000 ? 250 000 ? 300 000 habitants ? Logés sur une longueur de 500 km, 70 km de largeur, la « Grande Terre », l'île des Pins, celle d'Ouvéa, de Maré, Lifou (de la taille de la Réunion où vivent 800 000 habitants contre 7000 habitants à Lifou). Petit et grand pays, donc, où la moitié de la population vit dans la capitale Nouméa et ses faubourgs.

Dans ce contexte historique récent, cahotique puis apaisé, la pratique médicale y est particulière, tant sur le plan de la politique de santé que sur les besoins et les demandes de la population.

MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN ÉDUCATION À LA SANTÉ :

Je suis médecin généraliste par choix d'une pratique globale, cosmopolite, le Pacifique

étant le 4ème continent où je vis et travaille. Et où je souhaite rester.

Ce parcours professionnel m'a progressivement orienté vers une pratique plus centrée sur le patient, sa culture, ses comportements. Je me suis donc éloignée progressivement de la technique, pourtant base de ma formation universitaire. Je me suis formée à l'éducation, à la motivation et à la médecine comportementale. La notion d'alliance thérapeutique permet de dépasser bien des barrières culturelles, linguistiques ou tout ce qui peut créer des interférences dans la communication entre le soigné et son soignant.

Mon champ de pratique se situe dans deux centres spécifiques, le Centre d'Éducation Diabétique et Diététique (CEDD) et le Centre de Soins en Addictologie (CSA), gérés par une même institution gouvernementale, l'Agence Sanitaire et Sociale, dévouée à la promotion de la santé (site internet : www.ass.nc).

Ces structures sont relativement jeunes (respectivement 9 et 2 ans) et donc en pleine croissance, tant la santé publique est à peine en train de rentrer dans la culture du soin en Nouvelle-Calédonie. Le contexte historique, social, économique du territoire fait de ce domaine un terrain presque vierge, passionnant et de reconnaissance encore difficile.

DEUX CULTURES EN NOUVELLE-CALÉDONIE :

La Nouvelle-Calédonie, « pays du non-dit », « pays des paradoxes » fait se rencontrer deux cultures, deux médecines, européenne et océanienne.

Une « hypertechnologie », une IRM, par exemple, arrivée depuis 2 ans, l'évacuation sanitaire vers l'Australie étant la voie jadis empruntée à 2 heures et demi de vol, soit un coût conséquent en terme d'économie de santé

Hypertechnologie au sein d'un hôpital plus que centenaire, musée de la médecine militaire des colonies, sinistré, dont le tiers des lits a été fermé du jour au lendemain pour menace d'effondrement, après des années de rapports alarmants dissimulés.

Une unité de coronarographie ouverte depuis quelques mois dans des locaux pré-fabriqués en attendant un nouvel hôpital, prévu dans une (moitié de ?) décennie.

Des patients issus de tous horizons, « squatt » ou quartiers de cabanes recréant la vie en tribu mais à Nouméa, ou néo quartier réhabilité, beaux quartiers de standing et tout ceux qui se trouvent en intermédiaire, entre la « brousse », sorti de Nouméa et les îles autour de la Grande Terre.

Un mode de vie à l' « Océanienne » et un autre à l' « Européenne », une répartition probablement équivalente, avec tous ses panachages. Un quotidien et une douceur de vivre certains.

Et un monde soignant essentiellement européen.

Les Océaniens acceptent globalement très bien la technologie et les soins européens, le mixage culturel étant de fait depuis des années. Ils se soignent avec « la médecine traditionnelle » qui « ouvre » à la médecine « des blancs » pour certaines maladies.

Pas de façon systématique. Cela dépend de chacun et de ses croyances, l'urbanisation faisant moins parler cette médecine locale. Elle est basée sur les plantes et surtout sur des croyances et représentations culturelles. Mais globalement, **ces pratiques cherchent toujours à donner un sens à la maladie** pour en trouver le remède. Comme pour notre diagnostic étiologique et son traitement spécifique.



••• suite page 6

DIABÉTOLOGIE ET ADDICTOLOGIE :

Au quotidien donc, il s'agit de tenir compte de tous ces facteurs pour ajuster le soin et que la communication soit efficiente.

Les thèmes abordés dans ma pratique recouvrent la « banalité » du quotidien : manger, bouger, boire, fumer.

C'est dire si le langage est universel et peu technologique. Mes patients comprennent donc bien les thèmes évoqués et savent à quel point ces comportements sont liés à leur culture, leur histoire et à leurs représentations.

Diabétologie et CEDD :

Le diabète est une pandémie galopante en Nouvelle-Calédonie. Des taux records par rapport aux normes métropolitaines sont atteints, soit un taux de prévalence 3 fois supérieur.

Sélection naturelle du gène de l'épargne, modification du mode de vie, urbanisation accélérée, absence de politique de prévention alimentaire, surpoids compatible avec une norme de bonne santé, lobbying des vendeurs de boissons sucrées et autres snack gras et salées (on parlera dans pas longtemps des vendeurs de tabac et d'alcool et du marché du cannabis) : difficile de trouver une voie de sortie.

Notre travail est donc de sensibiliser individuellement les patients. L'éducation thérapeutique est alors tout à fait transposable depuis les préceptes métropolitains jusqu'au Pacifique Sud.

Un stage est proposé au CEDD pour une éducation, en 5 demi-journées en groupe, suivi de rendez-vous individuels. Le but est d'autonomiser les patients en matière d'alimentation, d'autosurveillance glycémique, d'activité physique et de connaissances globales: normes glycémiques, hémoglobine glyquée, leurs objectifs et conduite à tenir. Savoir, savoir faire, savoir être et surtout réassurance sont nos objectifs et nous sommes globalement satisfaits.

Notre équipe de 7 personnes est composée d'une secrétaire, d'une infirmière, d'une

diététicienne, d'une éducatrice à l'activité physique, d'une psychologue et de deux médecins généralistes, formés à la santé publique. Chacun intervient en groupe et en individuel pour éduquer dans son domaine. Tous sont d'origine européenne, formés en métropole.

Nous revoyons nos patients à 6 mois. Ceux qui viennent sont nettement consolidés, en terme d'hémoglobine glyquée, de poids et de sensation de maîtrise.

J'essaye de contacter mes confrères libéraux et des dispensaires pour assurer le suivi à moyen terme de ces bénéficiaires. Et surtout susciter la motivation des soignants eux-mêmes pour ensuite la répercuter sur leur patient.

Les objectifs sont de susciter, renforcer, maintenir la motivation au changement de comportement en utilisant des outils simples. Ainsi, on se base sur les ressources personnelles et souvent insoupçonnées du patient : le sentiment d'efficacité personnelle des patients est alors évident quand ils reviennent à 6 mois.

Le CEDD est également un centre de formation à la pédagogie éducative pour les soignants, comprenant un stage conjoint avec l'endocrinologie hospitalière et d'une durée d'une semaine.

Dans les années à venir, je souhaiterais étudier l'impact de ce relais d'éducation chez les confrères généralistes du territoire. Le but est d'améliorer cette procédure d'éducation dans un réseau de proximité, informel pour le moment. De même, peu de coordination médico-sociale existe pour le moment.

Et pourtant, les conditions d'hébergement, la promiscuité, la précarité des revenus, une législation du travail mal appliquée sont très fréquemment rencontrées dans la population océanienne. Une faible culture du recours au soin ou de demande d'aide pour les démarches administratives mal adaptées au contexte calédonien font beaucoup de dégâts sur l'état de santé.

Addictologie et CSA :

En addictologie, j'assure essentiellement le suivi des patients en obligation de soin. Ce

soin fait suite à une condamnation, bien souvent en récidive de conduite en état d'ivresse et moins souvent violences, essentiellement à l'encontre de la conjointe, sous l'effet d'alcool.

Les entretiens individuels et confidentiels abordent la représentation et la fonction de l'alcool, le type de consommation, les normes OMS, la notion de prise de risque, le sens de la sanction, l'objectif du suivi (globalement pour 3 ans). Ce suivi est souvent ressenti à la première consultation comme un étiquetage et une délégation de la justice. Notre premier travail est donc de bien cadrer l'objectif et le sens de ce suivi en parallèle avec la justice mais dans le respect du secret médical.

Encore une fois, la part importante de ce travail repose sur la motivation. Quasiment chaque patient a déjà modifié son comportement dans le délai faits-jugementaccès à ce suivi. Ce dernier leur permet de renforcer ce changement, essentiellement par un travail sur l'assertivité. Dire non, refuser sans vexer, exprimer son choix individuel vis-à-vis de la communauté, du groupe. C'est difficile au début mais les patients sont globalement soulagés de s'affirmer et d'oser choisir, dans le respect de l'autre.

Depuis la création du Centre de Soins en addictologie il y a 2 ans, l'équipe s'est progressivement étoffée, soit 16 personnes : 2 médecins addictologues, 1 médecin alcoologue coordinateur, 1 psychiatre, 1 généraliste, 1 psychologue, 1 assistante sociale, 3 infirmières, 4 éducateurs, 2 secrétaires.

Tous sont d'origine européenne avec formation métropolitaine sauf notre assistante sociale, métis mélanésienne-métropolitaine qui assure le lien et la communication inter-culturelle si besoin.

L'équipe de prévention en addictologie organise des sessions d'information interactive, sous forme de théâtre forum, de jeux de rôle dans les collèges et lycées pour développer ces compétences psycho-sociales, visiblement déficientes chez les jeunes adultes et adultes en obligation de soin.



... suite page 7

Le sens du partage au sein de la communauté, le sentiment de trahison en cas d'individualisation du comportement, se démarquer du groupe sont les obstacles que doivent passer les patients au début de la prise en charge.

Ce qui sous-tend cette consommation massive de fin de semaine, mixte parfois (alcool, cannabis, kava, racine relaxante) me semble de nature auto-thérapeutique, passé l'effet d'entraînement.

Dépression, anxiété sont finalement les maladies que je soigne en consultation d'addictologie.

Perte des repères dans une occidentalisation et une urbanisation accélérées, vécu d'histoire d'adoption et familiale complexes, plaies d'une guerre civile 4 ans durant (pudiquement appelée « événements ») pour un si petit pays, si peu peuplé, font le lit de ces mal-être.

La banalisation de ces produits représente un autre obstacle conséquent. L'image valorisée de la fraîcheur de la bière et du cow-boy fumeur est toujours affichée en grand et quotidien dans la presse.

Le lobbying est encore ici certain. Comme le cannabis, illégal et poussant en toute liberté, représente une force économique pour une partie du pays.

LA COMMUNICATION EN ÉDUCATION :

Le premier outil est bien évidemment d'écouter les patients parler de ce que représentent ces comportements pour eux, de reformuler pour être sûr d'avoir bien compris et ainsi accentuer ce qui leur semble déterminant.

Puis, on cherche à mettre en évidence le ressenti de leurs comportements et d'éventuels problèmes. S'il y en a, de voir ensemble comment ils peuvent agir pour changer. L'entretien motivationnel permet aux patients d'élaborer ces hypothèses.

Linguistiquement, je ressens de moins en moins de limite dans la communication.

Par rapport à mes débuts, il y a 6 ans, comme dans toute région, il a fallu apprendre la façon de parler, les expressions et les mœurs différentes. Même en français approximatif, ce qui est globalement peu fréquent, les concepts abordés sont intelligibles mutuellement.

Le contact que je ressens avec mes patients est généralement très ouvert, peu de réticences, peu d'a priori d'un côté ou de l'autre.

Mes débuts en Calédonie m'on marqués tant mes premiers patients me semblaient d'un abord clair, de bon sens et sans méfiance à l'égard du fraîchement débarqué, maladroite et ignorant des particularités locales, comparé à d'autres pays.

Au contraire, j'ai eu l'impression d'être « accueillie », les patients mettant une bonne volonté évidente à m'aider à comprendre ce qui pouvait me sembler encore obscure : la façon de parler, les modes de vie, les particularités du pays, l'adoption si répandue, la médecine traditionnelle, les croyances locales s'intriquant dans les miennes.

Et pourtant nos cultures peuvent être très éloignées.

La prévention, dans un pays à politique de santé publique émergente, pourrait sembler sur le plan du comportement individuel un concept mal abordable.

Mais il me semble que, avec des mots clairs et sans équivoque, dans une relation de confiance mutuelle, les patients se rendent compte de ce qu'ils sont capables de faire, le mettent en pratique et font le relais au sein de leur communauté.

Cet élan communautaire est assez récurrent chez les Océaniens, contrairement à la société occidentale avec notion d'individualité marquée. Leurs problèmes de santé individuelle résonnent sur leur communauté.

Chez les Mélanésiens, peuple originel de Nouvelle-Calédonie, société organisée depuis plus de 4000 ans, l'individu ne s'identifie que au sein de sa communauté, son clan. Le fondement de leur organisation est la création de lien social, via le partage et l'échange.

Un dysfonctionnement dans leur santé globale (biologique, sociale, affective) ne trouve un sens que dans l'analyse des liens qu'ils nouent entre eux.

La communauté s'enquiert de l'état de santé d'un individu pour jauger l'état de santé du groupe. Un dysfonctionnement individuel peut alors résonner comme un déséquilibre de la loi des échanges et du partage. Chacun se sent concerné par ce qui arrive à tout individu. Le remède se trouvera donc dans l'analyse du dysfonctionnement dans la société.

Cette représentation de la maladie est la clé de voûte de tout abord de soin. Elle est bien décrite par 2 anthropologues, attachés au territoire depuis longtemps, Christine Salomon et Patrice Godin.

Ainsi, nos explications et solutions cartésiennes ont un double écho chez nos patients. Certes, le pancréas est fatigué et un traitement est nécessaire pour pallier sa faiblesse.

Mais il y a un sens à chercher sur l'origine de ce déséquilibre. Nos connaissances de soignants sont encore très probablement hermétiques à cette dimension de recherche de sens hors de nos valeurs scientifiques.

De même, l'utilisation et la signification de l'usage et l'abus des substances psychoactives ont une autre lecture que dans nos sociétés.

La pratique de la détente en groupe a d'autres modalités et significations sociales en Océanie. L'apparition de substances exogènes dans une société traditionnelle désstructure le lien social.

Appréhender une ivresse, le rapport à la jouissance individuelle, le rôle de facilitateur de lien social : ces thèmes sont cruciaux en soin addictologique.

Laurent Edo, psychologue calédonien, écrit : « Donner du sens aux objets, c'est toujours permettre une domestication culturelle de leurs usages ».

Interroger ces croyances, regarder les nôtres, sont tout l'enjeu de l'approche culturelle de la santé qui sous-tend l'éducation en Nouvelle-Calédonie.



Diabète Education de Langue Française

**Formation du DELF à l'Éducation du Patient
avec le soutien de l'ALFEDIAM**

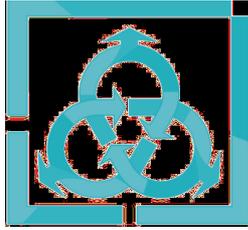
7 modules indépendants ouverts à tous les soignants médecins ou non médecins déjà impliqués en éducation du patient ou voulant l'être

- Diagnostic éducatif a déjà eu lieu
- Conduite d'un entretien 13 et 14 mars 2008
- Le patient face à la maladie chronique 17 avril 2008
- Modèles de changement de comportement 5 juin 2008
- Entretien motivationnel 18 septembre 2008
- Typologie des comportements 9 octobre 2008
- L'adulte apprenant 20 et 21 novembre 2008

Numéro d'agrément : 11 75 3241475

Numéro de Formation Médicale Continue : 100 026

***Pour tout renseignement :
Site: diabete-education.org
Courriel: Delf.sa@orange.fr***



Diabète Education de Langue Française

SECTION FRANCOPHONE DE DIABETES EDUCATION STUDY GROUP

INSCRIPTION POUR L'ANNEE 2008 A DIABETE EDUCATION de LANGUE FRANÇAISE

Association pour la reconnaissance et la promotion de l'éducation des diabétiques

Droits d'inscription : 20 euros

Ces droits permettent d'être membre du DELF et de recevoir le journal "Diabète Education"

Libellez votre chèque à l'ordre du "DELF"

Souhaitez-vous un justificatif ? OUI NON

Merci de bien vouloir remplir vos coordonnées

NOM

Prénom

Adresse

.....

Code Postal

Téléphone

Télécopie

E-mail (très important)

Groupe régional

Profession

- Médecin
 Infirmier(e)
 Diététicien(ne)
 Autre

- Psychologue
 Podologue
 Pédicure

Activité(s)

- Hospitalière
 Libérale
 Autre

Merci d'adresser ce bulletin accompagné de votre règlement :

D.E.L.F.

88, rue de la Roquette - 75544 PARIS Cedex 11

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

Ludvine Clement (2009) - Elisabeth Chabot (2010) - Claude Colas (2008) - Isabelle Debaty (2010)
 Alain Denoual (2009) - Michel Gerson (2009) - Ghislaine Hochberg (2008) - Nathalie Jourdan (2009)
 Fabrice Lagarde (2009) - Sylvie Laroche (2008) - Corinne Lefaucheur Vatin (2009) - Anne-Marie Leguerrier (2008)
 Marie-louise Leroyer (2008) - Dominique Malgrange (2009) - Monique Olocco (2009) - Alfred Penformis (2010)
 Pascal Pichavant (2009) - Marc Popelier (2010) - Chantal Stuckens (2008) - Séverine Vincent (2008)

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : **Serge Halimi**, 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.D,unant, 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

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

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 : DNIID (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' α -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), β -bloquants, fluconazole, IEC (captopril et énalapril), autres anti-diab. (insuline, acarbose, biguanides), antagonistes des récept.-H₂, 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 icterè 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^e h puis évoluent en plateau entre la 6^e et la 12^e 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.

