



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 13 - N° 4
2003

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

Éditorial

Défi relevé, défi gagné !

Du 25 au 29 août 2003 c'est tenu à Paris le congrès de la Fédération Internationale du Diabète, mieux reconnu sous le sigle IDF 2003.

Ce congrès a lieu tous les 3 ans, et lorsqu'il est organisé par un pays européen s'associe au congrès annuel de l'EASD (European Association for the Study of Diabetes). Mais le congrès de l'IDF se veut être plus qu'un congrès scientifique où des spécialistes du monde entier viennent échanger et communiquer.

Le congrès de l'IDF, au delà d'une réunion classique consacré à la Recherche Clinique et Fondamentale, se veut être le lieu d'échanges entre les différents acteurs de soins, et non seulement les médecins, entre les soignants et les patients, et aussi permettre aux différentes associations de patients d'être présentes et de jouer pleinement leur rôle.

C'est le défi qu'a relevé le Comité d'organisation du congrès IDF 2003 - Paris. Ainsi sous la direction de son Président, le Professeur Gérard Cathelineau, et de son Secrétaire Général, le Docteur Guillaume Charpentier, un groupe s'est constitué pour bâtir un congrès d'un nouveau type. L'ambition était grande : celle de réunir dans un même endroit, en même temps des scientifiques, des praticiens, des soignants non médecins, et des patients pour faciliter les échanges, favoriser l'interdisciplinarité.

Défi relevé, défi gagné : 16 600 participants ont fait le voyage à Paris, 12 programmes parallèles se sont déroulés pendant quatre jours (sept pour "Basic Research Clinical Research and Care", un pour "Life with diabetes", un pour "Health Care and Organisation", un pour "Profession allied to Medicine" et deux pour "Education"), 3216 abstracts ont été reçus, notés, triés et répartis en 41 sessions de Présentations Orales, 118 sessions de Posters Discutés, et 1702 Posters Affichés.

Le bureau du DELF

- | | |
|--|---|
| ■ Président : | Serge HALIMI (Hôpital Nord, Grenoble) |
| ■ Vice-Président : | Marie-Laure DRETZOLIS (Paris) |
| ■ Secrétaire générale : | Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, Paris) |
| ■ Secr. général adjoint : | Arnaud MOCOCHAIN (Paris) |
| ■ Trésorier : | Jean-Michel RACE (Hôpital Sud, Amiens) |
| ■ Trésorier adjoint : | Christine DELCROIX (Paris) |
| ■ Présidents d'honneur : | Paul VALENSI (Hôpital J. Verdier, Bondy)
Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu, Paris) |
| ■ Responsable du Journal Diabète Éducation : | Guillaume CHARPENTIER
(Hôpital Gilles de Corbeil - Corbeil Essonnes) |
| ■ Responsables des Groupes Régionaux : | Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud Rennes) |
| ■ Responsable de la Formation des formateurs : | Judith CHWALOW (Hôtel-Dieu, Paris) |

SOMMAIRE

• ÉDITO

- Défi relevé, défi gagné ! 57
(H. MOSNIER-PUDAR)

• VU POUR VOUS

- Les Séminaires Universitaires de Grimentz 58
(H. MOSNIER-PUDAR)
- Séminaire Grimentz à Zinal :
"Histoire de vie" 59
(M. MARTINEZ)

• TESTÉ POUR VOUS

- Le Holter glycémique dans la prise en charge de l'adolescent diabétique 61
(P. SCHAEPELYNK-BÉLICAR)

• ÉVALUÉ POUR VOUS

- Support éducatif diététique : réalisation d'un diagnostic éducatif permettant d'évaluer les besoins des patients 63
(F. STRNAD)

• DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

- Réalisation d'un support éducatif sur le vécu de la maladie diabétique par un groupe de jeunes diabétiques insulino-dépendants 66
(I. ADMONT, G. JAMET, L. PEIGNY B. CIRETTE)

• TEACHING-LETTERS - DELF

- Bulletin de commande 69

• FORMATION DES FORMATEURS

- Session 7 / 2004-2005 71

Le DELF remercie :

**LES LABORATOIRES
SERVIER,**

LES LABORATOIRES :

**BAYER-DIAGNOSTIC
BECTON-DICKINSON, AVENTIS,
LIFESCAN, LILLY,
MEDISENSE, MERCK-LIPHA,
NOVO-NORDISK,
PARKE-DAVIS, ROCHE**

de leur collaboration et de leur soutien

Pour la première fois, un congrès international de diabétologie, a donné une véritable place à l'éducation thérapeutique. Plus de 300 abstracts ont été reçus permettant d'organiser 10 sessions de Présentations Orales et 4 sessions de Poster Discutés. Deux programmes se sont déroulés en parallèle pendant 4 jours faisant alterner : conférences plénières, tables rondes thématiques, et symposia. Des spécialistes du monde entier sont venus faire part de leurs expériences professionnelles, de leurs méthodes de travail, de leurs résultats scientifiques mais aussi réfléchir, échanger et débattre tous ensemble...

De la conférence d'ouverture de Jean Philippe Assal abordant les défis de l'éducation à celle de clôture du Professeur Aldo Maldonato démontrant scientifiquement l'intérêt de l'éducation thérapeutique, de multiples thèmes ont été abordés comme « l'empowerment », la qualité de vie, l'apport des nouvelles technologies dans l'éducation thérapeutique, l'aspect psycho-social et comportementaliste de l'éducation, et bien d'autres.

Une place importante a aussi été donnée aux expériences personnelles et en particulier à l'organisation, aux résultats et difficultés rencontrés dans différents pays, en faisant référence aux organisations régionales de l'IDF.

La réalisation de sessions communes avec les comités de programme de Organisation des Soins, Paramédical et Vivre avec le Diabète, n'a fait que renforcer l'interdisciplinarité indispensable à la prise en charge des patients diabétiques, et plus particulièrement dans le domaine de l'éducation thérapeutique. Merci à Michel Varoud-Vial, à Marie Laure Cottez, à André Herouvet pour cela.

Les salles furent pleines, les échanges nombreux et enrichissants, et on peut dire aujourd'hui que le congrès IDF 2003 a été un grand succès, et aura ouvert la voie pour une nouvelle approche des congrès internationaux en diabétologie.

Enfin pour finir, merci à tous ceux, du monde entier, qui nous ont aidé, Serge Halimi et moi-même, à participer un tant soit peu à cette réussite.

Helen Mosnier-Pudar

Pour le Comité de Programme Éducation

VU POUR VOUS

Les Séminaires Universitaires de Grimentz

Les séminaires de Grimentz sont connus de tous les soignants intéressés à l'éducation thérapeutiques, plus particulièrement en diabétologie. Ils sont reconnus comme étant une expérience unique de formation ou l'approche de la maladie chronique se fait d'une façon tout à fait exceptionnelle et unique, en grande partie faisant appel à l'expérience propre des soignants.

Ils sont organisés maintenant depuis quinze ans par l'équipe du Pr Assal de Genève, et ont lieu dans un village sorti tout droit d'une carte postale des Alpes Suisse, Grimentz, lieu connu de toute la diabétologie francophone.

Ces séminaires ne font pas appel à la formation médicale classique trop verticale, mais cherchent à faire prendre conscience aux participants de leur expérience et surtout de leur difficultés dans la prise en charge des malades. La formation se déroule en petits groupes multidisciplinaires autour d'un expert agissant comme catalyseur. Le principe est de permettre aux participants eux-mêmes de trouver les réponses aux questions qu'ils se posent, l'expert ne reprenant son rôle de spécialiste qu'en dernier lieu.

Une attention particulière est donnée aux expériences pratiques, pour mieux faire percevoir certaines caractéristiques de la prise en charge des malades dont l'enseignement est souvent trop théorique. Cette activité s'appuie aussi sur des exemples tirés de la musique ou de

l'art, qui permettent de prendre conscience et d'aborder autrement certains aspects fondamentaux des soins, tels que l'incapacité à guérir ou le rapport soignant-soigné.

Les thèmes principaux abordés lors de ces séminaires sont :

- le rôle du patient et la participation de la famille;
- les besoins et les ressources du patient pour la gestion de son traitement;
- les spécificités de la maladie chronique par rapport aux situations aiguës;
- les difficultés rencontrés par les soignants dans le suivi au long terme;
- la collaboration entre médecins et infirmières...

Soixante pour cent des participants viennent de France, d'Italie, d'Espagne et de Suisse, mais aussi de beaucoup d'autres pays. Ils s'accordent tous pour dire que les séminaires de Grimentz sont autre chose qu'une formation à l'éducation thérapeutique, c'est un lieu de rencontre où l'on apprend à observer, à réfléchir et à avancer grâce à nos expériences dans le domaine de la prise en charge de la maladie chronique.

Helen Mosnier-Pudar
Hôpital Cochin - Paris

Bibliographie

1. Anne Lacroix, Jean Philippe Assal. L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique. Ed. Maloine, 2003.

Tableau 1 : les séminaires de Grimentz en chiffres (1)

Années d'activités	15 ans
Nombre de séminaires	43
Nombre de jours par séminaire	5
Nombre de participants	Environ 3500 : 51 % de médecins 34 % d'infirmiers 10 % de diététiciens 5 % de psychologues
Pays représentés	65

Séminaire Grimentz à Zinal : "Histoire de vie"

Nouveau cadre alpin pour ce 43^e séminaire du Pr JP. Assal : isolement et recueillement au sein d'un vaste groupe de 118 personnes (photo ci-contre) venant des quatre coins d'Europe (Suisse, France, Espagne, Portugal, Italie, Grèce, Biélorussie, Lituanie, Albanie), rassemblées dans le même esprit de communication et de compréhension de l'autre au sein d'un magnifique village des alpes romandes. Réflexion et Écoute ont rythmé cette rencontre, bercée par la douce musique des cloches des vaches romandes montant à l'alpage.

Cette rencontre m'évoque avant tout une innovation culinaire, très rigoureusement préparée par l'équipe de JP. Assal, dont le mélange d'ingrédients, soignants, soignés, artistes, clowns, metteur en scène, réalisateur, chorégraphe, journalistes, témoins, philosophes... assaisonné de tolérance culturelle (témoignages rwandais, radio suisse romande, découpage alpin, musique brésilienne...) nous a permis de vivre une expérience humaine tout aussi riche qu'explosive.

Par le biais du thème initial "Histoire de vie" cette rencontre s'est avérée toute particulière, réunissant pour la première fois soignants (médecin, infirmières, diététiciennes, psychologues...) et patients.

"Histoire de vie" : comment l'appréhender?; celle du patient bien sûr, indissociable de son rapport à la maladie et donc au soins, celle du soignant aussi probablement, conclusion à laquelle nous sommes arrivés, nous soignants, un peu frustrés de nous sentir rétrécis dans le rôle du praticien.

"Citoyenneté du patient" : réflexion que nous nous sommes posée entre soignants devant l'incongruité de certaines remarques de patients revendicateurs.

"Difficulté à communiquer" au sein de ces deux groupes, incompréhension productive toutefois car source de remises en questions sur notre capacité d'écoute et nos attentes en tant que soignants.

Parmi d'aussi riches entretiens, témoignages, réflexions, j'ai choisi délibéré-



ment de m'attarder sur les impacts particulièrement positifs de l'interface artistique dans l'expression d'une souffrance intérieure ressentie par le patient mais également sur le danger d'une mise en scène mal orchestrée sur le devenir et le contenu d'une rencontre.

Dès la première matinée, les patientes (toutes femmes) ayant courageusement accepté de témoigner au sein du séminaire se sont présentées à nous dans le cadre d'une mise en scène particulièrement revendicatrice, 2 mn par personne pour présenter un vécu, dans la pénombre, brandissant des lampes torches sur l'auditoire, tout en imitant les gestes effectués par un soignant cible dans la salle.

Ce scénario, plus proche des revendications syndicales, s'est achevé par une courte pièce de théâtre : "Jeu de rôle mimant une consultation type au cours de laquelle le patient tente désespérément de se faire entendre par un médecin distrait, interrompu par de nombreux coups de téléphone personnels, inaccessible à toute communication". Image caricaturale, dérangeante, probablement en partie véridique, contribuant cependant à établir au sein de cette rencontre un ton de plainte et de revendication.

L'absence de droit de réponse, que nous n'avons d'ailleurs pas su nous approprier en tant que soignants, a rendu cette expérience déroutante pour tous, désagréable pour certains.

Nous n'avons malheureusement pas réussi à élever le débat au delà de la « grande responsabilité du soignant » au sein de ce parcours si difficile de la relation soignant soigné.

La méta-analyse par les soignants des messages transmis par les patients, nous a permis de relever six items principaux :

- * Empathie,
- * 3^e oreille,
- * Relativisation de notre compétence,
- * Reconnaissance des compétences du patient,
- * Acceptation d'une intimité,
- * Marche commune.

Alors que ces messages nous conduisent à réfléchir sur une dimension participative indispensable du patient à sa propre thérapeutique, la mise en commun en groupes mixtes patients-soignants des réflexions sur les actions pouvant être menées par les "soignants" pour améliorer concrètement cette situation, ne me semblait pas correspondre à une démocratisation de cette relation soignant-soigné, ne la rendant modifiable par un seul acteur : le Soignant! Nos réactions de soignants, n'ayant par ailleurs pas de droit de réponse dans le timing de ces journées, ont été parsemées d'incompréhension, de malaise. Paradoxalement, nous avons pris conscience du statut de patient-citoyen que nous nous sentions le droit de réclamer.

Quelle n'a été ma surprise en découvrant au sein d'une discussion avec M. Carlos Malavia et sa charmante épouse, metteurs en scène, que ces mêmes patientes que je trouvais si revendicatrices, avaient participé à un stage d'"Écritoire" à Genève dont le contenu émotionnel s'était avéré particulièrement enrichissant.

Erreur de mises en scène à Grimentz? Probablement. Impact considérable d'une orchestration maladroite sur le devenir d'une rencontre. Outils de scène utilisés imprudemment, pouvant aboutir à une absence de communications.

Qu'est-ce que l'atelier d'«*Écriture*»? Un concept original mis en place par Carlos Malavia et J.P. Assal : 3 journées de travail de mise en scène, au cours desquelles le patient devient metteur en scène de son propre texte; ce travail est fractionné en cinq phases, permettant au patient de prendre progressivement la distanciation nécessaire à l'intégration de certains événements ou ressentis :

- * **phase 1** : écriture : écriture libre d'un scénario par le patient sur le thème de son choix;
- * **phase 2** : lecture : lecture par le patient du texte écrit, première distanciation vis à vis du texte;
- * **phase 3** : lecture par les comédiens, deuxième distanciation;
- * **phase 4** : mise en scène du texte par le patient lui-même avec l'aide technique du metteur en scène;
- * **phase 5** : patient spectateur de sa propre pièce.

Nous avons pu observer sur 15 mn de film l'expérience d'une patiente diabétique lors de l'élaboration de sa mise en scène : deux personnages en opposition, elle-même et sa glycémie, se rapprochant progressivement pour aboutir à un enlacement final, témoin de leur complicité pour affronter l'avenir. Ce travail d'écriture s'effectue sur le mode du volontariat, en présence d'une psychologue n'intervenant qu'à la demande du patient. Remarquable utilisation de la mise en scène au profit de la relation patient-soignant, transfert de messages, réflexion de fond sur le vécu : on ne peut qu'admirer cette initiative. M. Malavia nous commentait lui-même le danger d'utiliser ce type d'outils sans une extrême prudence, un encadrement adéquat.

Outils à doubles tranchants? Ces deux expériences semblent le confirmer, à ne développer qu'en présence d'excellents professionnels.

Autre expérience d'art-thérapie collective et individuelle à laquelle nous avons été confronté : «*Destruction et reconstruction de la Vénus de Milo*» : exercice en plein air, entrecoupé d'un pique-nique fort sympathique, rassemblant tous les participants (soignants,

soignés, artistes...) regroupés en binôme. A chaque binôme était confié un masque en plâtre de la Vénus de Milo, tous identiques, uniformes (fig. 1).

La première étape consistait en une destruction volontaire du masque (outils contendants, peinture, imagination...). Au sein de mon binôme, surprises de nos propres réactions, nous nous sommes harmonieusement complétés Thalia (endocrinologue suisse) et moi-même dans le massacre organisé du masque. Contrairement à de nombreux groupes, notre ressenti commun du masque initial, loin de représenter la pureté, la beauté, la santé, nous paraissait uniforme, incolore, sans substance.

C'est avec entrain que nous avons investi dans la personification de ce masque à travers la souffrance. Petit à petit, mes gestes, initialement modérés, se sont affirmés dans cette transformation, j'ai été surprise moi-même d'y avoir sculpté de terribles excroissances tumorales (témoins de la souffrance que j'ai moi-même ressentie en accompagnant un de mes proches). Encore plus surprise de la beauté que je voulais transmettre à ce masque malgré ou plutôt grâce à ces atteintes. Incroyable expérience d'expérimenter soi-même la puissance symbolique de cet interface artistique, l'introspection vers laquelle un simple exercice en apparence ludique et convivial peut nous mener (fig. 2).

La deuxième étape consistait en la réparation du masque, étape particulièrement émouvante pour de nombreuses patientes, dont l'une d'elle (atteinte d'un cancer du sein) me dévoilait avec beaucoup de pudeur son émotion d'avoir « réparé » son masque en l'ayant finalement amélioré : « on peut donc grandir de son histoire, je me sens plus belle qu'avant ».

Après avoir disposé nos œuvres sur les arbres environnants, nous avons partagé nos émotions dans ces deux étapes de transformation (fig. 3). La séance du masque a par la suite été ré-analysée entre soignants pour aboutir aux deux tableaux de conclusions (fig. 4 et 5).

Pour l'anecdote, J.P. Assal nous a souligné la réaction très différente au même exercice d'un séminaire de dirigeants (directeurs d'hôpitaux, cadres administratifs de direction...) ayant en grande majorité détruit totalement les masques, pour la plupart en les fracassant au sol : peut-on évoquer une certaine identité professionnelle...



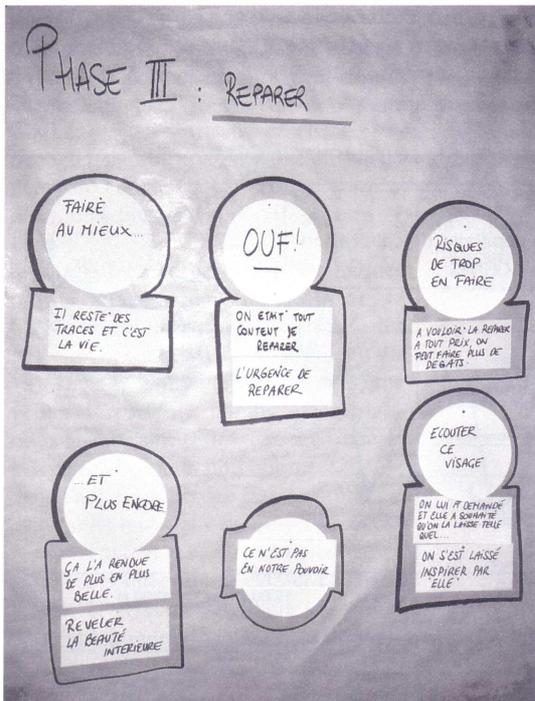
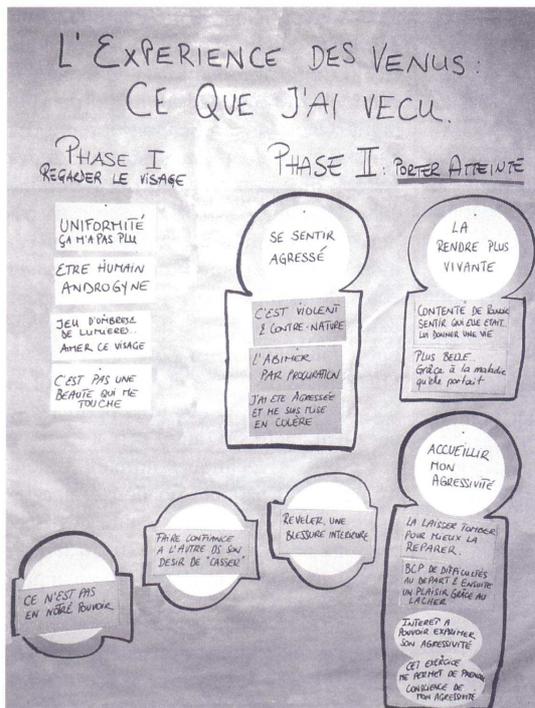
Figure 1



Figure 2



Figure 3



Figures 4 et 5



Figures 6

Ce séminaire, au-delà des quelques moments forts que j'ai choisis de vous relater, nous a également bouleversé par de nombreux récits d'histoire de vie de patients, persécutions au Rwanda (*Yolande Mukagasana*), aide aux réfugiés (*Hélène Jaffé, Marion Harroff-Tavel*), transmission culturelle par l'art du découpage (*Alice Genoud*) (fig. 6), interview de vie paysanne pour la radio suisse romande (*Jean-Marc Falcombello*), chorégraphie en "long séjour" sur musiques d'époque (*Pierre-Amar Lissner*), histoire de clowns auprès des enfants malades (*Caroline Simonds, Amy Attab*), réflexion fondamentale sur la dimension du parcours de vie (*Pierre Dominicé, Catherine Scmutz-Brun*)... ainsi que les émouvantes lectures de Maupassant par *Gérard Guillaumat*, qui a su nous faire partager son talent d'acteur ainsi que son passé de réclusion en camp de concentration...

Tous ces témoignages, pour certains d'une grande intensité, tous d'une grande pudeur nous nous ont émus par leur valeur d'écoute et de tolérance envers l'Autre... Un grand merci à M. Assal pour cette dimension de partage qu'il a su nous faire appréhender, pour son courage dans l'innovation d'outils et de situations exceptionnelles permettant une ouverture de dialogue entre deux univers soignants et soignés, qui bien qu'avancés dans la même direction, ont encore des difficultés à le faire côte à côte.

Monique Martinez
Centre Hospitalier - Gonesse

TESTÉ POUR VOUS

Le Holter glycémique dans la prise en charge de l'adolescent diabétique

Pour obtenir le meilleur équilibre possible de leur diabète, la plupart des patients diabétiques de type 1 devraient contrôler leur glycémie capillaire au moins 4 à 8 fois par jour. Cette auto-surveillance soutenue est contraignante mais elle est actuellement indispensable pour adapter le traitement insulinaire aux variations de la glycémie, de l'alimentation et de l'activité physique. Cependant, malgré des contrôles fréquents, la surveillance capillaire ne donne qu'une information parcellaire voire erronée sur le profil glycémique nyctéméral et méconnaît souvent les excursions glycémiques pendant les périodes postprandiales ou nocturnes et les hypoglycémies asymptomatiques.

Le CGMS (Continuous Glucose Monitoring System), mis au point par la firme MiniMed Medtronic, fonctionne à la façon d'un Holter (le moniteur n'affiche pas les glycémies en temps réel) et enregistre de façon continue la concentration de glucose dans le tissu sous-cutané. La calibration du système nécessite trois à quatre glycémies capillaires par jour que le patient "rentre" dans l'appareil. Après trois jours d'utilisation continue, les données stockées dans le système sont déchargées vers un ordinateur et les résultats sont représentés sous forme de courbes glycémiques (1, 2).

Depuis sa mise à disposition en 1999, ce système a été utilisé dans plusieurs études cliniques qui ont permis d'en évaluer les performances techniques, la tolérance et l'acceptabilité par le patient et de préciser ses indications en pratique clinique. Le CGMS apparaît être un outil diagnostique intéressant chez tous les patients diabétiques (3, 4, 5)

mais plus particulièrement dans le cas de patients difficiles à équilibrer (4, 6). Nous nous sommes intéressés aux adolescents diabétiques car nous savons tous à quel point il est parfois problématique de prendre en charge ces jeunes patients et surtout de maintenir le contact. Les contraintes liées au traitement du diabète sont difficilement compatibles avec le besoin de liberté et d'autonomie de l'adolescent. En conséquence, l'équilibre glycémique est souvent médiocre et il n'est pas rare qu'il survienne des accidents métaboliques aigus de type acido cétose. Dans ce contexte, l'autosurveillance capillaire, quand elle est faite, n'apporte qu'une information très parcellaire sur le profil glycémique, insuffisante pour guider les modifications thérapeutiques. L'hospitalisation est mal acceptée et l'équilibre glycémique à l'hôpital ne reflète pas celui de la vie extérieure. Le holter glycémique, en revanche, permet une mesure continue sur trois jours du glucose interstitiel en conditions de vie habituelles et donc une véritable analyse des variations glycémiques nyctémérales.

Nous avons donc voulu, dans cette étude, évaluer l'aide apportée par le CGMS utilisé en ambulatoire pour la prise en charge de l'adolescent diabétique.

Patients-méthodes

Les sujets ont été recrutés de façon consécutive parmi nos patients adolescents présentant un diabète de type 1 mal équilibré ($HbA_{1c} > 8\%$). Douze adolescents, cinq filles et sept garçons âgés de 16 ans en moyenne, ont participé à l'étude. Ils étaient diabétiques depuis 4,5 à 9 années selon les patients et l' HbA_{1c} au cours de l'année écoulée était de 10,1% en moyenne. A l'inclusion, onze patients étaient traités par 2 ou 3 injections d'insuline par jour, un seul par pompe externe.

L'étude repose sur deux enregistrements par holter glycémique réalisés à deux mois d'intervalle selon le protocole suivant :

- Le premier jour, le patient vient à l'hôpital pour mise en place du CGMS, mesure de l'hémoglobine glycosylée et calcul du Low Blood Glucose Index (LBGI). Le LBGI est un index (7), calculé à partir des glycémies capillaires qui permet d'évaluer le risque d'hypoglycémie sévère. Pour une valeur du LBGI inférieure à 2,5, le risque est faible, entre 2,5 et 5 le risque est modéré, supérieure à 5 le risque est élevé.

Pour que le calcul du LBGI soit correct, il faut un nombre minimum de 130 glycémies capillaires réparties sur 4 à 5 semaines (7). Après cette première visite, le patient rentre chez lui avec le CGMS tout en gardant ses habitudes de vie. Au terme de trois jours d'enregistrement, les données sont déchargées sur un ordinateur. On obtient les profils glycémiques journaliers sous forme de graphiques faciles à comprendre. Ces résultats sont analysés et discutés avec le patient puis le traitement insulinaire modifié.

- Deux mois plus tard, l'ensemble de ces paramètres est réévalué par un deuxième enregistrement par CGMS, la mesure de l' HbA_{1c} , le calcul du LBGI et nouvelle analyse des courbes glycémiques.

Résultats

Sur le plan métabolique, l'analyse des profils journaliers donnés par le premier holter glycémique révèle, chez neuf patients sur douze, de grandes variations de la glycémie n'apparaissant pas avec la surveillance capillaire seule.

Chez six patients, il a été mis en évidence une chute marquée de la glycémie en fin de matinée suivie d'une hyperglycémie postprandiale au delà de 200 mg/L. Chez trois autres, on observe des excursions glycémiques postprandiales isolées supérieures à 250 mg/L comme chez Maryline (figure 1). Chez trois patients, le CGMS a révélé des hypoglycémies asymptomatiques survenues au cours de la journée dans deux cas, pendant la nuit dans un autre. Les courbes ont également permis de montrer un phénomène de l'aube chez un patient et une hyperglycémie nocturne permanente chez deux autres. D'autre part, l'étude de ces profils glycémiques initiaux a montré chez huit patients sur douze, une reproductibilité d'un jour à l'autre des fluctuations de la glycémie pouvant témoigner d'un traitement insulinaire inapproprié comme chez Fabrice (figure 2).

Les modifications du traitement insulinaire après le premier holter glycémique ont consisté en une modification des doses dans 3 cas ou du type d'insuline dans 4 cas, ou un passage de deux à trois injections par jour pour 4 patients ou à la pompe externe chez un autre.

Fig. 1 - Hyperglycémies post-prandiales révélées par le CGMS

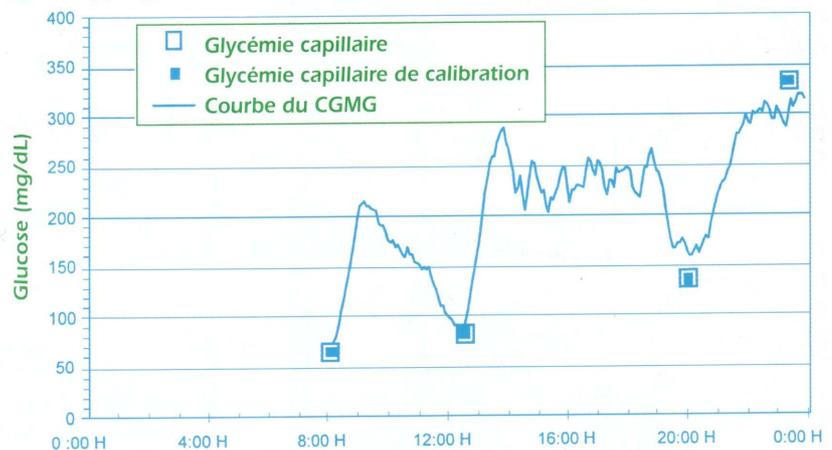
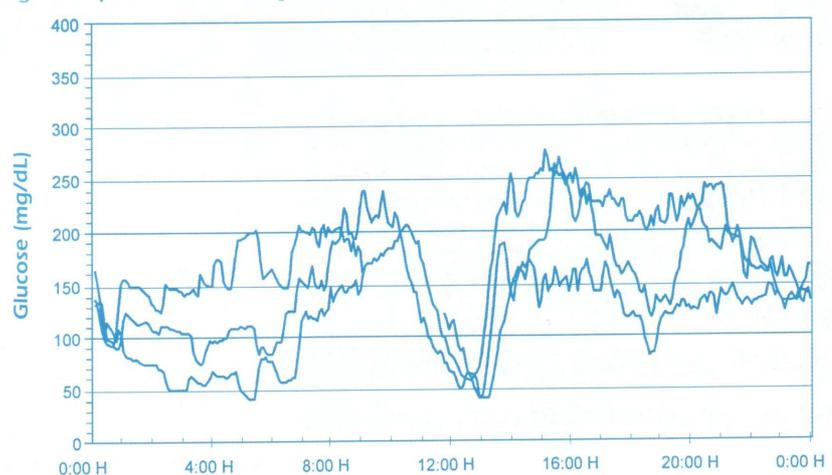


Fig. 2 - Reproductibilité d'un jour à l'autre des profils glycémiques donnés par le CGMS



L'exemple de Maryline est assez frappant. Les glycémies capillaires mesurées matin, midi et soir sont normales. En revanche le holter glycémique montre une élévation très importante après les repas qui était méconnue. La visualisation de ce tracé a permis d'une part, à Maryline de mieux comprendre l'intérêt d'un contrôle glycémique post-prandial et d'autre part au médecin d'adapter l'insuline du repas.

L'exemple de Fabrice traité par pompe externe illustre la reproductibilité possible d'un jour à l'autre des variations de la glycémie et témoigne d'un traitement inadapté. La répartition de la dose d'insuline entre débit de base et bolus a été réajustée à partir de ces tracés.

Deux mois plus tard, le deuxième holter glycémique met en évidence, chez onze patients, l'efficacité des modifications thérapeutiques à réduire les fluctuations de la glycémie. Le contrôle métabolique est amélioré de façon significative puisque l'hémoglobine glycosylée moyenne diminue de 10,3 % initialement à 9,5 % à 2 mois. Le LBGI, calculé chaque fois que le nombre de glycémies capillaires était suffisant, ne change pas de façon significative, il passe de 1,7 au début de l'étude (pour 6 patients) à 2,9 deux mois plus tard (pour 10 patients).

Sur le plan technique, la qualité des profils glycémiques donnés par le CGMS a été imparfaite dans 40 % des cas (soit 29 jours d'enregistrement sur 72). Dans la moitié des cas, le problème venait du patient : nombre de calibrations insuffisant (80 % des cas) ou réponse inadaptée à une alarme (20 %) ; dans l'autre moitié des cas, le problème était lié au matériel : fin de vie prématurée du capteur (30 %) ou discordance entre les données du CGMS et celles du lecteur de glycémie capillaire (70 %).

Conclusions

Le CGMS est un outil diagnostique d'un grand intérêt pour les patients et les médecins. Les études cliniques réalisées jusqu'à présent ont montré des performances satisfaisantes et ont permis d'évaluer son implication en pratique clinique. Chez l'adulte, le CGMS renseigne sur des variations de la glycémie méconnues par la surveillance capillaire habituelle. Ces informations permettent un meilleur traitement du diabète (3) et sont un support pour l'éducation du patient (5,8). Chez l'enfant, le CGMS est bien

accepté et bien toléré et apparaît comme un moyen diagnostique précieux pour améliorer le contrôle du diabète (4, 6). Dans l'étude de Boland (4), les enfants ont des valeurs satisfaisantes d'HbA1c et des glycémies préprandiales correctes mais le CGMS a mis en évidence des hypoglycémies nocturnes et des hyperglycémies postprandiales non révélées par la surveillance capillaire seule.

La prise en charge de l'adolescent diabétique est également souvent difficile. Les changements physiques et psychologiques qui surviennent à la puberté expliquent en partie un équilibre du diabète souvent médiocre. L'adolescent rejette parfois l'ASG voire oublie une injection d'insuline. Dans ce contexte, la communication entre l'équipe soignante et l'adolescent peut être difficile, il y a parfois rupture. Le médecin est censé prendre des décisions thérapeutiques à partir de quelques mesures de glycémie capillaire. Dans notre étude, l'utilisation du holter glycémique chez des adolescents diabétiques mal équilibrés a été très intéressante :

- * sur le plan diagnostique et thérapeutique, pour l'identification des profils glycémiques en conditions de vie habituelles permettant ainsi un ajustement plus rigoureux et personnalisé du traitement insulinaire ;

- * sur le plan éducatif, en tant que base de discussion avec le patient per-

mettant une (re)motivation dans la plupart des cas.

D'autre part, l'utilisation du CGMS a montré son efficacité à améliorer le contrôle du diabète chez l'adolescent, l'HbA1c ayant diminué au cours de l'étude et cette diminution persistant encore actuellement avec un recul d'environ un an.

Pauline Schaepepynck-Bélicar
Hôpital de la Timone - Marseille

Références

- 1) Mastroiuto JJ: The MiniMed Continuous Glucose Monitoring System. *Diabetes Technol Ther* 2:513-518,2000.
- 2) Bode BW: Clinical utility of the Continuous Glucose Monitoring System. *Diabetes Technol Ther* 2:535-541,2000.
- 3) Bode BW, Gross TM, Thornton KR, Mastroiuto JJ: Continuous glucose monitoring system used to adjust diabetes therapy improves glycosylated hemoglobin: a pilot study. *Diabetes Res Clin Pract* 46:183-190,1999.
- 4) Boland E, Monsod T, Delucia M, Brandt CA, Fernando S, Tamborlane WT: Limitations of conventional methods of Self-Monitoring of Blood Glucose. *Diabetes Care* 24:1858-1862,2001.
- 5) Melki V, Hanaire-Broutin H: Indication of CGMS (Continuous Glucose Monitoring System) in the functional investigations of adult type 1 diabetic patients. *Diabetes Metab* 27:618-23,2001.
- 6) Kaufman FR, Gibson LC, Halvorson M, Carpenter S, Fisher LK, Pitukcheewanont P: A pilot study of the continuous glucose monitoring system: clinical decisions and glycemic control after its use in pediatric type 1 diabetic subjects. *Diabetes care* 24:2030-4,2001.
- 7) Kovatchev BP, Cox DJ, Gonder-Frederick LA, Young-Hyman D, Schlundt D, Clarke W: Assessment of risk for severe hypoglycemia among adults with IDDM: validation of the low blood glucose index. *Diabetes care* 21:1870-5,1998.
- 8) Kruger D, Marcus AO: Psychological motivation and patient education: A role for Continuous Glucose Monitoring. *Diabetes Technol Ther* 2:593-597,2000.

ÉVALUÉ POUR VOUS

Support éducatif diététique : réalisation d'un diagnostic éducatif permettant d'évaluer les besoins des patients

Un meilleur équilibre glycémique peut être favorisé par le suivi de mesures alimentaires basées sur des règles d'équilibre alimentaire. Manger d'une manière plus équilibrée (rythme alimentaire, composition des repas, quantités consommées) nécessite souvent de la part de nos patients une modification de leur comportement alimentaire. Or, on peut noter une faible adhésion aux conseils dié-

tiques données : il est donc important de se demander comment on pourrait l'améliorer.

En s'intéressant aux différents facteurs qui interviennent sur l'adhésion des patients aux conseils donnés, l'acquisition des connaissances diététiques est essentielle. Cette étape de l'acquisition du savoir est le préalable au savoir faire et au savoir être; elle est indispensable

mais insuffisante pour entraîner un changement de comportement.

Intéressons-nous plus particulièrement à cette étape d'apprentissage, les moyens pédagogiques mis à la disposition des soignants pour transmettre des connaissances diététiques aux patients sont les suivants : pas d'outils précis, l'entretien reste très imagé; questionnaire d'évaluation des connaissances; la méthode du "brain storming"; les aliments factices; les photos d'aliments; film; outils informatique; document écrit personnalisé; brochures de laboratoires.

A la suite de l'entretien, ce document écrit réalisé par le service diététique ou un laboratoire médical est laissé au patient : il correspond **au régime de sortie**.

A partir d'une étude menée auprès de 219 patients du service de diabétologie du CH de PONTOISE, étude réalisée entre 12/2001 et 06/2002, je me suis efforcé de porter un regard critique sur la pertinence des documents fournis, sur nos pratiques quant à la distribution de ce type de support et d'évaluer les besoins des patients diabétiques.

Population étudiée

Près de 80% des patients sont de nationalité française. L'âge moyen est de 54,6 ans, l'ancienneté du diabète de 11,1 ans. Environ 60% des patients sont traités par insuline, 26,5% par hypoglycémifiants oraux et 12,5% par l'association insuline et traitement oral. Près de 70% des patients vivent en couple. 15,5% des patients expriment des difficultés à lire notre langue; certains patients lisent malgré tout leur langue maternelle. 48% des patients ont au plus un niveau d'étude équivalent au cycle primaire. Seuls 31,5% des patients ont réalisés des études supérieures ou égales au cycle secondaire. La cuisine française est présente dans près de 90% des foyers.

Les patients s'impliquent dans la réalisation de la cuisine pour près de 70% d'entre eux. Environ 60% des personnes interrogées ont bénéficié d'un entretien diététique avant cette hospitalisation. Près de la moitié des patients ont déjà en leur possession un support éducatif diététique (remis principalement par un diététicien dans 67% des cas et par les médecins généralistes dans près de 15% des cas). Ces documents sont principalement consultés par les patients eux-

mêmes et par près de 30% de leur entourage proche.

Points à ressortir

Ces supports éducatifs sont faciles à lire dans 91% des cas, fournissent une aide pour la réalisation des repas quotidiens (dans 63% des cas), mais peu pour la réalisation des repas inhabituels type repas de fêtes (aide pour seulement 25% des patients).

Dans près de 53% des cas, les documents ne sont jamais consultés et épisodiquement pour près de 32% des patients. Seuls 15% des patients consultent régulièrement les supports reçus. Il est remarquable de noter que 76% des patients déjà en possession d'un document non lu régulièrement souhaitent un nouveau support éducatif!

Il est intéressant de s'interroger sur les raisons qui conduisent les patients à ne pas lire les documents fournis :

- * pour 43% des patients : les connaissances sont adaptées;
- * pour 20,6% : consultation selon un besoin ponctuel;
- * pour 13,1% : les documents ne répondent pas à leurs attentes;
- * pour 3,7% : manque d'intérêt pour ce type de document;
- * pour 1,9% : difficulté de compréhension;
- * pour 1,9% : renforcement de l'anxiété liée à la maladie à la lecture du document.

Ces résultats peuvent amener certaines réflexions

Ne pas lire régulièrement des informations ne signifie pas que les patients se désintéressent du sujet. Même s'ils possèdent des connaissances, obtenir un document est rassurant, permet de relire si besoin des informations à distance de l'hospitalisation et renforce l'autonomie des patients dans la prise en charge du diabète. Les documents sont faciles à comprendre ce qui est satisfaisant quant à la réalisation des documents actuels.

Évaluer les besoins de la population cible permettrait de produire des documents répondant plus précisément à ces besoins. Le manque d'intérêt peut s'expliquer par la méconnaissance de l'im-

port de l'alimentation sur l'équilibre glycémique, par une non acceptation de devoir modifier son comportement alimentaire dans la durée qui peut s'expliquer par la crainte d'une frustration d'un plaisir fondamental (la table). Le renforcement de l'anxiété lié à la lecture d'un support éducatif reste isolé dans cette population interrogée.

Besoins exprimés quant à l'obtention de support éducatif

Parmi les patients qui n'ont jamais reçu de support, 83% souhaitent en obtenir un pour les raisons suivantes : les patients souhaitent :

- * pouvoir mettre à jour leurs connaissances (24%);
- * informer leur entourage proche (25,8%).

D'autres notions apparaissent :

- * permettre une lecture des consignes à suivre à distance de la consultation ou de l'hospitalisation (9,3%);
- * permettre une remise en mémoire des consignes entendues lors de l'entretien (7,2%);
- * obtenir un support que si ce dernier apporte des nouveautés par rapport au document déjà en possession; sinon, pas de nécessité de recevoir un nouveau support (7%).

Ce support apparaît donc bien aux yeux des patients comme un outil cognitif avec lequel ils peuvent apprendre des données leur permettant de mieux prendre en charge leur maladie. Ce versant alimentaire représente bien ici un acte de soins à part entière. **Il paraît ainsi essentiel de mettre en évidence les niveaux de préoccupation des patients avant d'élaborer ce type de documents pour répondre au mieux à leurs attentes.**

Souhaits exprimés quant à la forme aux contenus et à la présentation

■ Forme

- * répartition équilibrée entre brochures et classeurs : 36,9% sur l'ensemble des souhaits exprimés;
- * feuillets volants : 7,02%;
- * sur les autres formes souhaitées, le choix se porte surtout sur l'acquisi-

tion d'une cassette vidéo (8,8 %); vient ensuite l'outil informatique (site internet, CD-rom, 7,9 %).

Au regard des différents documents actuellement à la portée des patients, on trouve plusieurs types de brochures mais pas de classeur. Les feuillets volants sont encore très largement distribués dans les services diététiques. Pourtant, le choix des patients n'est que très peu porté sur ce support éducatif.

L'outil informatique ne représente pas encore le moyen principal pour diffuser des messages éducatifs du fait des difficultés d'accessibilité au sein de la population française et au regard de la tranche d'âge de la population ciblée dans cette étude (âge moyen : 54,6 +/- 15,4).

A ce jour, les différents documents disponibles pour les patients couvrent 60,5 % des besoins exprimés, ce qui représente un score très acceptable pour diffuser des messages éducatifs.

Mais ce résultat pourrait être amélioré grâce à une meilleure connaissance des besoins de nos patients. La réalisation d'un classeur éducatif pourrait ainsi couvrir en plus environ 37 % des souhaits exprimés par les patients.

■ Contenus

Il se dégage plusieurs souhaits pour obtenir des informations sur :

- * le choix des aliments conseillés : 23 %;
- * la gestion des quantités à consommer : 13,8 %;
- * la gestion de l'alimentation en rapport avec une activité physique : 11,4 %;
- * les recettes et les menus adaptés : 10 %.

Au regard de ces résultats, les documents actuellement à la disposition des patients répondent aux préoccupations de nos patients.

Il est intéressant de noter que certaines informations jugées essentielles par les soignants (gestion des hypoglycémies : 0,2 %, équilibre alimentaire : 3,5 % par exemple) ne le sont pas pour les patients (niveau de connaissance adapté? pour les hypoglycémies : point de la maladie non rattaché à l'alimentation?, point occulté volontairement par les patients au regard de l'impact de ces malaises sur la qualité de vie?).

■ Présentation

Les patients souhaitent trouver des textes illustrés pour 45,1 % d'entre eux, pour 18,1 % du texte simple et pour 36,6 % un support visuel illustré et simplifié. Ces résultats sont à rattacher avec le niveau scolaire et surtout social des patients interrogés.

A ce jour, aucun document réalisé ne correspond à ce support visuel illustré et simplifié.

Conclusion

En ce qui concerne les pratiques professionnelles

Il ressort de cette étude qu'une large population souhaite acquérir un support éducatif après un entretien diététique. Mais les soignants (pour une grande majorité les diététiciens) doivent avoir à l'esprit plusieurs notions :

■ Donner un document systématiquement n'est pas recommandé et ce pour les raisons suivantes :

- * Environ 20 % des patients n'en souhaitent pas.
- * Remettre un document ne signifie pas que le patient va modifier son comportement alimentaire. Les supports éducatifs ont une limite sur le changement de comportement attendu de la part des patients.

■ Demander ouvertement aux patients ses souhaits quant à l'obtention d'un support éducatif permet de cibler le document à remettre. En répondant le plus précisément possible à ses attentes, l'impact du message éducatif sera plus marqué.

Le poids de la culture de l'écrit est tel dans les structures de soins que tout ce passe comme si le travail mené auprès des patients n'était pas terminé ou validé sans la remise d'un document de sortie. Se réfugie-t-on derrière la remise de cet outil ?

Il est fréquent d'entendre de la part de l'ensemble des équipes soignantes la remarque suivante : « As-tu remis la feuille du régime au patient? » sans s'intéresser à la dimension éducative qui entoure la relation soignant/soigné (stade d'acceptation de la maladie, diagnostic éducatif réalisé). Il semble que cette "feuille" soit rassurante pour les soignants.

De plus dans la perspective d'accréditation, on préconise la formalisation de

l'ensemble des actions menées par les soignants auprès des patients, le document de sortie s'inscrit donc dans cette démarche : avoir cette notion à l'esprit permet de mieux situer la place de cet outil dans l'acte éducatif mené.

Sur un plan pratique

Les supports éducatifs diététiques offrent de larges possibilités pour enrichir le discours des soignants au sein des structures de soins. Ces documents sont pour la plupart :

- * faciles à lire,
- * fournissent une aide pour la réalisation quotidienne des repas.

Cependant, pour couvrir plus largement les besoins exprimés par les patients, la création d'un support visuel illustré et simplifié est souhaitable et clairement mis en évidence. La réalisation d'un classeur l'est également.

Ce travail est en cours de réalisation dans notre service afin de diffuser avec plus de persécution des messages éducatifs pour plus d'un tiers des patients vus en consultation.

Fabrice Strnad
Centre Hospitalier - Pontoise

Bibliographie

- 1 - Peut-on améliorer l'observance des diabétiques de type 2? N.DAVOUS, Diabète éducation. Vol.10. n°2,2000.
- 2 - L'observance des prescriptions thérapeutiques du diabète de type 2 : Peut on mieux faire? A.GRI-MALDI, Diabète éducation. N° spécial, 02/2002, santé éducation 2002.
- 3 - Le livre blanc de l'éducation des diabétiques en France: Cahiers des charges du DESG de langue Française: "Effet de l'éducation des diabétiques sur la compliance", 33-34, P.VEXIAU, G.CHARPENTIER.
- 4 - Évaluation des programmes d'éducation pour la santé. Judith CHWALOW, INSERM Unité 21. Revue épidémiologique et santé publique, 1991,39,S83-S87.
- 5 - Diabète type 2 et insuline: l'équilibre simplement, Laboratoire BD.
- 6 - Resto pousse, Laboratoire LILLY.
- 7 - Cuisine plaisir santé, Laboratoire AVENTIS.
- 8 - Améliorer votre équilibre alimentaire, Laboratoire AVENTIS.
- 9 - Alimentation et diabète de type 1, Laboratoire NOVO NORDISK.
- 10 - Alimentation et diabète de type 2, Laboratoire NOVO NORDISK.
- 11 - Dictionnaire savoureux du diabétique de type 2, Laboratoire BAYER.
- 12 - Régime de sortie simplifié, Service diététique, CH René DUBOS, Pontoise (Val d'Oise).
- 13 - Néorestaurant : "Cergy-Pontoise: une forte attractivité", J.C.SCHAMBERGER, M.LEROY, n° 393,12/2002.

DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE

Réalisation d'un support éducatif sur le vécu de la maladie diabétique par un groupe de jeunes diabétiques insulino-dépendants

Il est difficile pour un adolescent de vivre avec une maladie chronique comme un diabète insulino-dépendant.

Il doit faire le deuil de sa normalité et accepter d'être différent des autres.

Au moment même où il désire appartenir à un groupe et rejeter les contraintes, il va devoir se soumettre, à des règles alimentaires, pratiquer régulièrement ses injections d'insuline, supporter les effets secondaires du traitement comme les malaises hypoglycémiques, doser son taux de sucre dans le sang, rechercher l'acétone dans les urines, consulter périodiquement son médecin et certains spécialistes.

Il devra résister aux sollicitations de son entourage et à la pression de la société.

Beaucoup de livres, de revues, de fiches techniques, de supports divers, réalisés par des soignants expliquent la physiopathologie, le traitement, les complications et la surveillance du diabète insulino-dépendant. Par contre, il existe peu de supports, réalisés par des patients diabétiques, expliquant les circonstances de la vie quotidienne où la prise en charge de la maladie diabétique est difficile, et proposant des solutions ou des pistes de réflexion dans ces situations.

L'Association GERINUD organise depuis plusieurs années des expéditions sportives pour faire acquérir en situation, en dehors du cadre hospitalier, à des adolescents diabétiques insulino-dépendants, les connaissances et les comportements nécessaires à la gestion de leur maladie.

Lors d'une de ces expéditions, sous forme d'un trek de huit jours dans l'Atlas, au Maroc, un groupe de jeunes diabétiques a imaginé de réaliser une bande dessinée pour expliquer, à leur entourage,

les difficultés de prise en charge de leur maladie. Cinq garçons et trois filles, âgés de 13 à 18 ans, ont travaillé sur ce projet.

Chaque soir à l'étape, des réunions de travail de une à deux heures ont permis de sélectionner les thèmes à partir de situations vécues, d'imaginer le cadre et les personnages, d'ébaucher les dialogues et de rédiger les messages éducatifs. Sept thèmes ont été retenus : les contrôles de glycémies capillaires, le malaise hypoglycémique, les repas à la cantine, les soirées entre copains, les repas au fast food, la présence d'acétone et ses conséquences, les vacances.

Dans les mois qui ont suivi cette expédition, plusieurs rencontres, avec un dessinateur, ont été nécessaires pour finaliser le projet et créer les personnages de Loria et Michaël, qui racontent leur quotidien en bandes dessinées. Après le travail d'ébauche du dessinateur pour chacun des thèmes, le groupe de jeunes diabétiques a été sollicité pour la relecture des dialogues et la rédaction définitive des messages éducatifs.

Durant sa réalisation, cette bande dessinée a été un véritable outil pédagogique pour ses jeunes concepteurs permettant des échanges sur leurs savoirs, leurs "savoir faire" et leurs comportements lors de certaines situations. Elle servira de support éducatif pour mieux faire connaître, le diabète, ses contraintes, la gestion de son traitement dans des situations vécues, à des jeunes diabétiques insulino dépendants et à leur entourage.

I. Admont, G. Jamet, L. Peigny, B. Cirette
Centre Hospitalier - Nevers

LORIA et MICKAEL
Mutualité française
Service de prévention
3, place Carnot
58000 NEVERS
Tél. 03 86 71 61 55

Loria et Michaël



Textes et dessins : Duf

D'après des saynètes imaginées par :

Pierre, Adrien, Axel, Vincent, Mickaël, Virginie, Émilie et Laure.
Couleur : Stef - Maquette et effets spéciaux : Philippe Garand



Les glucides sont le carburant essentiel de l'organisme. Ils fournissent l'énergie nécessaire au bon fonctionnement des cellules de notre corps. On les trouve dans notre alimentation sous deux formes :

- les glucides simples, qui passent rapidement dans le sang après leur absorption, appelés aussi sucres rapides. Ils ne sont pas indispensables pour notre organisme.

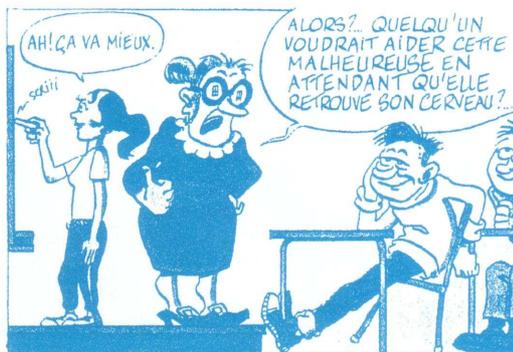
- les glucides complexes de digestion plus lente, appelés sucres lents, contenus dans le pain et les féculents (pommes de terre, pâtes, riz, légumes secs...).

Manger des sucres lents à chaque repas, permet de mieux stabiliser les glycémies et d'éviter les sensations de faim.

Le déjeuner et le dîner doivent comporter une part de pain et une part de féculents. En l'absence de l'un, il faut prendre double ration de l'autre.

Prévient les responsables du self service, au collège ou au lycée, que tu dois respecter une certaine quantité de pain et ou de féculents pour tes repas.

En cas de difficultés, adresse toi au Médecin Scolaire ou au Proviseur!



Dans certaines situations, une diminution importante de la glycémie peut survenir et entraîner un malaise hypoglycémique.

Il se manifeste par des sueurs froides, des troubles de la vue, une sensation de faim, des tremblements, des difficultés à se concentrer, des fourmillements des lèvres.

Il faut alors, sans attendre, manger des aliments qui vont augmenter rapidement le taux de sucre dans le sang : morceaux de sucre, bonbons, pâtes de fruits, jus de fruits...

Si le malaise hypoglycémique survient à distance d'un repas, il faut prendre, aussi, des aliments apportant des sucres plus lents : pain, biscottes, gâteaux...

Au collège ou au lycée, préviens tes professeurs que tu es diabétique traité par insuline et que tu risques de faire des malaises hypoglycémique.

Prévois toujours d'avoir des produits sucrés dans tes poches.

Bulletin de commande des Teaching Letters - DELF

Merci de bien vouloir cocher les exemplaires que vous souhaitez obtenir et faxer une photocopie de cette demande complétée de vos noms et adresse à :

Dr Martine TRAMONI
Information Servier
27, rue du Pont
92578 Neuilly-sur-Seine Cedex
Fax : 01.55.72.74.74

Références

- N° 1 - Antidiabétiques oraux
- N° 2 - Hypoglycémie
- N° 3 - L'auto-contrôle
- N° 5 - Complications tardives du diabète
- N° 6 - Les soins des pieds
- N° 7 - Mise en place d'un programme d'éducation du patient diabétique
- N° 8 - Thérapeutique et éducation : la valeur ajoutée du traitement
- N° 9 - Aidez vos patients à améliorer leur prise en charge
- N° 11 - Check list de l'éducation thérapeutique du patient
- N° 15 - Motiver et aider les patients diabétiques à suivre leur traitement
- N° 16 - Comment évaluer l'éducation thérapeutique des diabétiques
- N° 17 - Comment améliorer le suivi des maladies chroniques
- N° 18 - Formulation des patients diabétiques en vue de l'utilisation des appareils de pointe

Nom

Adresse

.....

.....

LES RÉGIONS DU DESG

RESPONSABLES NATIONAUX DU DESG

Dr Anne-Marie LEGUERRIER

Diabétologie - Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie - 35056 Rennes Cedex
Tél. 02 99 26 71 42 - Fax 02 99 26 71 49

Dr Bernard CIRETTE

Diabétologie - Centre Hospitalier
1, avenue Colbert - 58033 Nevers Cedex
Tél. 03 86 68 31 41 - Fax 03 86 68 38 22

RESPONSABLES RÉGIONAUX DU DESG

NORD

Mme Cécile DELATTRE

Maison du diabète
59700 Marcq-en-Bareuil
Tél. 03 20 72 32 82 - Fax 03 20 65 25 22

Mme Martine LEVISSE

REDIAB - 3, place Navarin
62200 Boulogne-sur-Mer
Tél. 03 21 99 38 73

Dr Chantal STUCKENS

Pédiatrie - Hôpital Jeanne de Flandre
2, av Oscar Lambret - 59037 Lille Cedex
Tél. 03 20 44 59 62 - Fax 03 20 44 60 14

NORMANDIE

Dr Michel GERSON

Hôpital Monod - BP 24
76083 Le Havre Cedex
Tél. 02 32 73 31 20 - Fax 02 35 43 29 93

OUEST

Dr Anne-Marie LEGUERRIER

Diabétologie - Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie - 35056 Rennes Cedex
Tél. 02 99 26 71 42 - Fax 02 99 26 71 49

MIDI-PYRÉNÉES

Dr Jacques MARTINI

Diabétologie - CH Rangueil
1, av J. Poulhes - 31054 Toulouse Cedex
Tél. 05 61 32 26 85 - Fax 05 61 32 22 70

Dr Sylvie LEMOZI

Diabétologie - CH Rangueil
1, av J. Poulhes - 31054 Toulouse Cedex
Tél. 05 61 32 26 85 - Fax 05 61 32 22 70

AQUITAINE

Pr GIN

Diabétologie - CHU Groupe Sud
Av. de Magellan - 33604 Pessac
Tél. 05 56 55 50 78 - Fax 05 56 55 50 79

Dr DUVEZIN

Diabétologie - Hôpital de Dax
40100 Dax
Tél. 05 58 91 48 50 - Fax 05 58 91 49 92

PICARDIE

Dr Jean-Michel RACE

Endocrinologie - CHU Amiens
Hôpital Sud - 80054 Amiens Cedex
Tél. 03 22 45 58 95 - Fax 03 22 45 57 96

CHAMPAGNE

Dr Jacqueline COUCHOT-COLLARD

Diabétologie - Hôpital Auban Moët
51200 Epernay
Tél. 03 26 58 71 05 - Fax 03 26 58 70 95

Dr Catherine PASQUAL

Diabétologie - Centre Hospitalier
10000 Troyes
Tél. 03 25 49 49 21 - Fax 03 25 49 48 43

PARIS - ILE-DE-FRANCE

Mme Simone JEAN

Mme Carmen FLUMIAN
Service de Diabétologie
Hôpital St Joseph
185, rue Raymond Losserand
75014 Paris
Tél. 01 44 12 33 95 - Fax 01 44 12 33 48

CENTRE

Dr Philippe WALKER

Sce de Diabétologie Endocrinologie
Centre Hospitalier Jacques Cœur
BP 603 - 18016 Bourges Cedex
Tél. 02 48 48 49 42 - Fax 02 48 48 48 02

LANGUEDOC

Dr Michel RODIER

Médecine T - Centre Hospitalier
av du Pr. Debré - 30900 Nîmes
Fax 04 66 68 38 26

BELGIQUE

Dr UNGER

Association Belge du Diabète
Chée de Waterloo, 935 - 1180
Bruxelles - Belgique

ALSACE

Pr Michel PINGET

Endocrinologie
Hôpitaux Universitaires
Hôpital Civil - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 11 65 99 - Fax 03 88 11 62 63

Dr Véronique SARAFIAN

Endocrinologie
Hôpitaux Universitaires
Hôpital Civil - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 11 65 99 - Fax 03 88 11 62 63

LORRAINE

Dr Jacques LOUIS

Diabétologie - Hôpital Sainte Blandine
3, rue du Cambout - 57045 Metz
Tél. 03 87 39 47 41 - Fax 03 87 74 63 45

BOURGOGNE - FRANCHE COMTÉ

Dr Bernard CIRETTE

Diabétologie - Centre Hospitalier
1, av Colbert - 58033 Nevers Cedex
Tél. 03 86 68 31 41 - Fax 03 86 68 38 22

RHÔNE-ALPES

Pr Serge HALIMI

Diabétologie - CHU - 38700 La Tronche
Tél. 04 76 76 58 36 - Fax 04 76 76 88 65

PACA

Dr Monique OLLOCO-PORTERAT

Diabétologue
28, rue Verdi - 06000 Nice
Tél. 04 93 82 27 30 - Fax 04 93 87 54 51

Marie-Martine BONELLO-FARRAIL

Diabétologue
8 bis, Bd Joseph Garnier - 06000 Nice
Tél. 04 93 52 35 45 - Fax 04 93 98 77 91

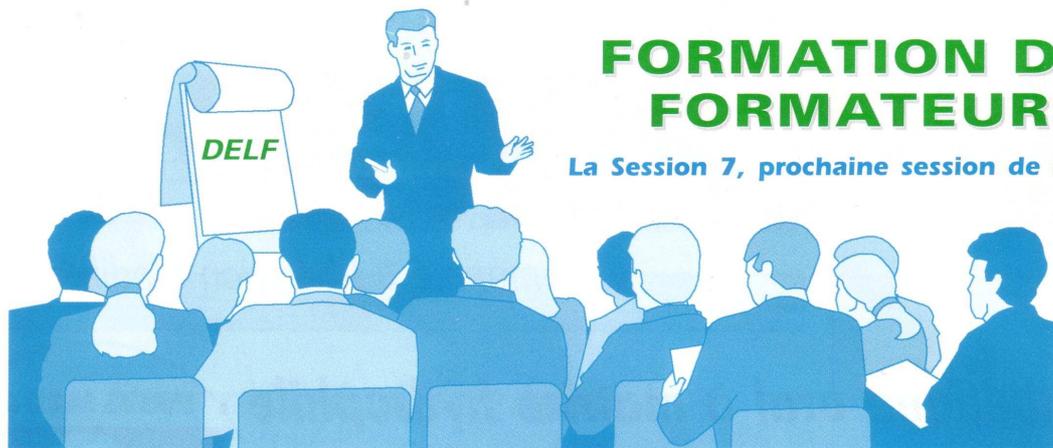
Mme Sophie GACHET

Centre d'Éducation en Nutrition et
Diabétologie - La Gloriette
25, av. des Iles d'Or - 83400 Hyères
Tél. 04 94 35 22 40

QUÉBEC

Pr Jean-Luc ARDILOUZE

Endocrinologie - CHU de Sherbrooke
30001-12E avenue Nord - J1H5N Sherbrooke -
Quebec Canada - Tél. 819 564 52 41 - Fax 819 564 52 92



FORMATION DES FORMATEURS

La Session 7, prochaine session de formation

Où ?

à L'ASSOCIATION REILLE
34, avenue Reille - 75014 Paris

Renseignements pratiques :

Pour toute candidature, nous adresser dès à présent un dossier comprenant un curriculum vitae détaillé, une lettre de motivation et l'avis favorable du chef de service si le candidat exerce en établissement public ou privé

Chaque participant devra fournir 762,26 Euros par module, non compris ses frais de déplacement et d'hôtellerie.

Le DESG de Langue Française a un numéro d'agrément pour la formation continue. Il est souhaitable que le candidat bénéficie d'une prise en charge financière au titre de la formation permanente, et pour ce faire, il lui appartient de faire dès à présent les démarches nécessaires auprès de son établissement. En cas d'impossibilité, le DESG-LF dispose de bourses que le candidat devra solliciter.

N° d'agrément : 11753241475
SIRET 37859224000014 - APE 9723
Association régie par la loi 1901

Quand ?

* MODULE 1 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF	17 au 19 mai 2004
* MODULE 2 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF Comment recueillir les informations	04 au 06 octobre 2004
* MODULE 3 Module PSYCHO ANALYTIQUE	29, 30 novembre 2004 1 ^{er} décembre 2004
* MODULE 4 Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE	14 au 16 mars 2005
* MODULE 5 COMMUNICATION	06 au 08 juin 2005
* MODULE 6 COMMUNICATION (Suite)	26 au 28 septembre 2005
* MODULE 7 ÉVALUATION	05 au 07 décembre 2005

Pour toute demande de renseignements ou inscription :

Christine BAUDOIN - DELF/Formation des Formateurs
INSERM - Unité 341
Hôpital de l'Hôtel-Dieu
1, place du Parvis Notre-Dame - 75181 Paris cedex 04
Tél. 01 42 34 81 41 - Fax 01 56 24 84 29 - Christine.baudoin@htd.ap-hop-paris.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge HALIMI
Diabétologie CHU - 38700 La Tronche
Tél. : 04 76 76 58 36

DIRECTEUR DE RÉDACTION

Guillaume CHARPENTIER
Hôpital Gilles-de-Corbeil, 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 cedex - Tél. : 01 34 53 27 53

DIABÈTE ÉDUCATION - COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)
Brigitte BALLANDRAS (Paris)
Alina CIOFU (Pontoise)
Silvana LAURENT (Bobigny)
Helen MOSNIER -PUDAR (Paris)

Julien SAMUEL LAJEUNESSE (PARIS)
Agnès SOLA (Paris)
Fabrice STRNAD (Pontoise)
Martine TRAMONI (Neuilly-sur-Seine)

MAQUETTE - Studio Grafiligne / Tél. 01 64 98 88 07 - Fax 01 64 98 76 60 / grafi.studio@wanadoo.fr
IMPRESSION - Imprilith / ZI de l'Orme Brisé - 5, rue de la Croix Blanche Pringy 77310 St-Fargeau-Ponthierry



FORMATION DES FORMATEURS

La Session 6, prochaine session de formation

Où ?

à L'ASSOCIATION REILLE
34, avenue Reille
75014 PARIS

Renseignements pratiques :

Pour toute candidature, nous adresser dès à présent un dossier comprenant un curriculum vitae détaillé, une lettre de motivation et l'avis favorable du chef de service si le candidat exerce en établissement public ou privé

Chaque participant devra fournir 5000 francs par module, non compris ses frais de déplacement et d'hôtellerie.

Le DESG de Langue Française a un numéro d'agrément pour la formation continue. Il est souhaitable que le candidat bénéficie d'une prise en charge financière au titre de la formation permanente, et pour ce faire, il lui appartient de faire dès à présent les démarches nécessaires auprès de son établissement. En cas d'impossibilité, le DESG-LF dispose de bourses que le candidat devra solliciter.

Quand ?

* MODULE 1 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF	27 au 29 mai 2002
* MODULE 2 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF Comment recueillir les informations	07 au 09 octobre 2002
* MODULE 3 Module PSYCHO ANALYTIQUE	02 au 04 décembre 2002
* MODULE 4 Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE	17 au 19 mars 2003
* MODULE 5 COMMUNICATION	09 au 11 juin 2003
* MODULE 6 COMMUNICATION (Suite)	06 au 08 octobre 2003
* MODULE 7 ÉVALUATION	08 au 10 décembre 2003

Pour toute demande de renseignements ou inscription :

Christine BAUDOIN - DELF/Formation des Formateurs
INSERM - Unité 341
Hôpital de l'Hôtel-Dieu
1, place du Parvis Notre-Dame - 75181 Paris cedex 04

Tél. 01 42 34 81 41 - Fax 01 56 24 84 29 - Christine.baudoin@htd.ap-hop-paris.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge HALIMI
Diabétologie CHU - 38700 La Tronche
Tél. : 04 76 76 58 36

DIRECTEUR DE RÉDACTION

Guillaume CHARPENTIER
Hôpital Gilles-de-Corbeil, 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 cedex - Tél. : 01 34 53 27 53

DIABÈTE ÉDUCATION - COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)
Brigitte BALLANDRAS (Paris)
Alina CIOFU (Pontoise)
Silvana LAURENT (Bobigny)
Helen MOSNIER -PUDAR (Paris)

Julien SAMUEL LAJEUNESSE (PARIS)
Agnès SOLA (Paris)
Fabrice STRNAD (Pontoise)
Martine TRAMONI (Neuilly-sur-Seine)

MAQUETTE - Studio Grafiligne / Tél. 01 64 98 88 07 - Fax 01 64 98 76 60 / grafi.studio@wanadoo.fr
IMPRESSION - Imprimith / ZI de l'Orme Brisé - 5, rue de la Croix Blanche Pringy 77310 St-Fargeau-Ponthierry

Pour vos diabétiques de type 2,
dès que régime, exercice physique et réduction pondérale seuls ne sont plus suffisants

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

1^{er} antidiabétique oral à matrice hydrophile

COMPOSITION ET FORMES : Gliclazide 30 mg cp à Libération Modifiée. Btes de 30, 60, 100.

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' α -glucosidase, à l'insuline. Respecter un intervalle de 1 mois mini. entre chaque palier. CTJ : 0,30 € à 1,20 €.

CONTRE-INDIC. : DID (diab. type 1), précoma et coma diab., acidocétose diab., insuf. rén. ou hépat. sévère (dans ces situations, recourir à l'insuline), hypersensibilité au gliclazide ou à l'un des constituants, aux autres sulfonyles, 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 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 hépato-bil. : élévation des enz. hépat., hépatites (cas isolés). Si ictère cholestatique : arrêt immédiat du trait. Troubles visuels. PROPRIÉTÉS : SULFAMIDE HYPOGLYCÉMIANT-ANTIDIAB. ORAL. 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. A conserv. dans le conditio. d'origine. AMM 3541848 - 30 cp : 9,76 €, AMM 3541860 - 60 cp : 18,03 €, AMM 3541883 - 100 cp : (mod. hosp.). Info. complète, cf. fiche signal. Info. méd. : Servier Médical Tél : 01 55 72 60 00 - Les Laboratoires Servier - 22, rue Garnier - 92578 Neuilly sur Seine Cedex.

PRIX MEDEC

MÉDICAMENT
DE L'ANNÉE 2002*

Recherche
Française

30 mg

1 à 4 comprimés le matin en une seule prise



03 DI 01 P / 09-02

* Décerné par les médecins présents au MEDEC, remis le 19 septembre 2002.



Découverte de la Recherche Servier