



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 6 - N°2
1995

Journal du D.E.S.G de langue française.

Section francophone du Diabetes Education Study Group – EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

Le sport chez le diabétique : partenaire ou adversaire ?

A la fin du XIXe siècle, Apollinaire Bouchardat conseillait déjà à ses patients diabétiques "... la chasse, l'escrime, la rame, le patinage, les jeux de paume, de billard, ainsi que les travaux actifs de labourage et de jardinage..." Plus tard, Elliot P. Joslin accordait à l'exercice autant d'importance qu'à la diète et à l'insulinothérapie. En 1994, la place exacte de l'activité physique dans le traitement du diabète reste controversée, tant chez le diabétique de type 1 (DID) que chez le type 2 (DNID).

Un nombre impressionnant de revues et d'associations "Sport et diabète" a vu le jour ces dix dernières années. Cette prolifération est telle, qu'un groupe de travail, chapeauté par l'Association française des diabétiques, planche actuellement sur un projet de fédération pour éviter la dispersion des énergies et... de l'argent. A entendre certaines personnes diabétiques, les vertus de l'activité physique seraient quasiment miraculeuses. La diminution des besoins d'insuline apparente aussi bien chez le DID que chez le DNID est souvent vécue comme une victoire sur la maladie.

Quel est l'intérêt réel d'une activité physique régulière et surtout, jusqu'à quel point est-elle "faisable" ?

Chez le diabétique de type 1, l'exercice est d'abord une source de problème. Le malade doit apprendre à gérer son traitement pour prévenir les malaises hypoglycémiques engendrés par l'effort. L'amélioration des connaissances dans le domaine de la physiopathologie du diabète et de l'exercice ont permis de proposer un certain nombre de règles que le malade devra ensuite adapter à son cas particulier, avec l'aide de l'autocontrôle glycémique. De leur côté, les associations comme l'Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD) pour les enfants, l'IDAA (International Diabetic Athletes Association, DEFI) et les associations nationales des diabétiques ont diffusé l'idée que sport et diabète n'étaient pas incompatibles, à certaines conditions.

Les témoignages de sportifs de haut niveau, eux-mêmes diabétiques, contribuent à améliorer l'image du diabétique, souvent considéré comme un invalide, dans la population. Le dernier exemple en date est celui du joueur de football suédois Pär Zetterberg. Il est né le 14 octobre 1970 à Falkenberg, en Suède. En 1987, il est engagé comme professionnel par le club belge d'Anderlecht. En mars 1990, il présente les signes typiques d'un diabète insulino-dépendant. Cette année, il a participé au championnat du monde de football, aux USA, avec l'équipe de Suède qui termina au troisième rang.

Si l'on se tient à l'effet strictement métabolique, il faut le reconnaître que seule une minorité de travaux montrent une amélioration de l'équilibre glycémique, à long terme, lors de l'application d'un programme d'activité physique. Ceci ne doit pas nous décourager. De nombreux diabétiques de type 1 tiennent à faire du sport pour leur plaisir. Il nous appartient de les conseiller et de leur enseigner comment modifier leur traitement. Les stages de sport organisés en France et en Suisse permettent au diabétique de pratiquer le sport de son choix dans de bonnes conditions de sécurité avant de le faire de manière indépendante. Grâce au soutien de l'IDAA (DEFI) et de l'AFD, une vingtaine de diabétiques insulino-dépendants ont participé aux marathons de Paris et de New York.

Durant les huit dernières années, environ 150 diabétiques de type 1 ont pris part à nos stages organisés dans le Jura suisse. L'objectif principal y est l'apprentissage de l'adaptation des doses d'insuline et de l'alimentation lors d'activités variées comme le tennis, le football, le patinage, le vélo, etc.

SOMMAIRE

• ÉDITO

- Le sport chez le diabétique :
partenaire ou adversaire? 17
(J.-J. GRIMM)

• VU POUR VOUS

- Le suivi du pied diabétique 18
(J. TRAVERS)

• TESTÉ POUR VOUS

- Un livre blanc...
rehaussé de couleurs 20
(C. COLAS)

• DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

- L'expérience du diabétique
"Je est un autre" 21
(A. BLAYO)

• DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE

- Commentaires et réflexions
élaborés à partir de l'observation
d'une association de
diabétiques insulino-traités..... 22
(C. COLAS)

• A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

- Des patients témoignent
de leurs situations afin
d'améliorer la formation
des soignants.....25

• ÉTUDE DE CAS

- Jamais trop tard!..... 27
(B. WAYSFELD)

FORMATION DES FORMATEURS

- Programme 96 - 97..... 28

*Le DESG de langue française
remercie*

**L'INSTITUT SERVIER DU
DIABÈTE,
LES LABORATOIRES :
BAYER,
OWEN MUNFORD,
HOECHST**

*de leur collaboration
et de leur soutien.*

D'autres travaux, plus récents, souvent en cours, nous fournissent des données plus encourageantes. Erikson et ses collaborateurs décrivent une amélioration des paramètres métaboliques chez les diabétiques de type 2 soumis à un programme d'activité physique et un passage fréquent de la situation d'intolérance au glucose à celle d'un diabète avéré. Un groupe suisse (Lehmann) a observé une diminution du rapport taille/hanches alors que le poids restait stable, une baisse de la pression diastolique et une augmentation de la fraction HDL du cholestérol, en particulier la sous-fraction HDL 3 chez des diabétiques de type 2 (n = 10) après un programme d'activité physique de trois mois. Toutes ces études ne sont pas contradictoires. Elle nous indiquent que le traitement "activité physique" peut être proposé à certains diabétiques non insulino-dépendants soigneusement sélectionnés et demeurant motivés à long terme. Par ailleurs, le programme d'activité physique peut être modulé et doit être adapté à chaque cas particulier.

Juger de la valeur de l'exercice à ses seuls effets métaboliques serait toutefois réducteur. Une activité physique régulière peut améliorer la qualité de vie de nombreux diabétiques. En jouant, par exemple, au football dans une équipe ou en participant à des compétitions d'

VU POUR VOUS

Le suivi du pied diabétique

tique » se sont structurés autour d'une équipe constituée d'un praticien hospitalier, de deux infirmiers et d'un cadre infirmier.

J'ai pu ainsi pendant 48 h, assister à ces consultations et apprécier l'organisation du service. Cette structure accueille des patients, deux fois une demi-journée par semaine sur rendez-vous pour des soins au long cours jusqu'à guérison complète des pieds.

Les locaux

Actuellement en cours de rénovation, les locaux occupent un étage. Cette zone préposée aux consultations comprend une salle d'attente, une salle de restauration, les bureaux du médecin, de l'infirmière et de la diététicienne. Elle peut être séparée du service d'hospitalisation traditionnelle par une porte coulissante. Le bureau de l'infirmière contient tout le matériel nécessaire :

- un chariot à pansement neuf,
- du matériel chirurgical spécifique sous emballage individuel,
- une ponceuse,
- un bac à bain de pieds avec douchette,
- un placard de rangement pour dossiers et radios,
- une lampe halogène,
- un appareil photo.

Les patients et le suivi

Ces consultations sont décidées lors de la sortie de l'hôpital du patient par l'équipe infirmières, médecin de l'Unité. La moyenne est de 17 consultations par semaine.

Un orthopédiste s'est associé à ce programme et assure le suivi des patients. La présence du praticien hospitalier permet d'obtenir : radios, avis chirurgical et hospitalisation immédiate si

nécessaire.

Les soins particuliers nécessitant l'intervention d'un podologue ou d'un prothésiste sont pris en charge en consultation externe en dehors de l'hôpital.

Un dossier individuel est établi en regroupant :

- identité du patient,
- référent,
- médecin traitant,
- IDE libérale,
- pathologies et traitements associés,
- vaccinations,
- emplacement réservé au suivi photos.

Une fiche de soins individuelle y est annexée, stipulant l'état des plaies, les gestes entrepris, la thérapeutique employée et la mensuration des plaies. Le dossier contient aussi les fiches de facturation mensuelle avec notification des actes en AMI ou consultation quand il y a intervention du médecin : celui-ci est disponible s'il y a un problème. Les consultations **sont cotées 2,25 AMI** (évaluation faite par l'administration de l'hôpital).

Aux soins techniques et éducatifs sont associés :

- la prise de la tension artérielle,
- le contrôle glycémique,
- le contrôle du poids,
- le contact avec la diététicienne si be-

soin.

Les pansements ne sont pas ouverts entre deux consultations, permettant une homogénéisation des soins.

Un des souhaits de l'unité est de pouvoir intégrer un podologue à cette équipe et de faire bénéficier les patients de ses compétences.

Mon séjour à Colmar

Arrivée à COLMAR le lundi matin, j'ai été accueillie par une équipe enthousiaste et chaleureuse et qui, surprise d'avoir pu intéresser une équipe d'un CHU s'est rendue disponible pour répondre à mes demandes.

Le premier après-midi a débuté avec les consultations « Pied diabétique » prises en charge tout au long de la semaine par la même infirmière (il y a roulement une semaine sur deux).

Quatre patients se sont présentés à la consultation.

■ L'un d'entre eux est porteur de plaies couvrant toute la face antérieure de la jambe. Il a bénéficié de greffes de peau et de muscles. Son hospitalisation a

DIAMICRON

Glicazide

Une double action : métabolique et vasculaire.
2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

Composition : Gliclazide 0,080 g par comprimé sécable. **Propriétés pharmacologiques :** Sulfamide hypoglycémiant présentant des propriétés microvasculaires originales. **Indications :** Diabètes non acidocétosiques, non insulino-dépendants de l'adulte et du vieillard, lorsque le régime prescrit n'est pas suffisant pour rétablir à lui seul l'équilibre glycémique. **Posologie :** Dans la majorité des cas, 2 comprimés par jour. Coût du traitement journalier: 1,79 à 7,17F. **Contre-indications :** Diabète infantile, diabète juvénile, cétose grave, acidose, précoma et coma diabétiques, grossesse, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique grave, antécédents allergiques connus aux sulfamides, association au miconazole comprimé. **Effets indésirables :** Réactions cutanéo-muqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamido-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. **Précautions d'emploi :** Régimes hypocaloriques et/ou hypoglycémiques et surveillance habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilité d'interaction avec le miconazole (hypoglycémie grave), A.I.N.S. (notamment salicylés), sulfamides antibactériens, coumariniques, IMAO, bêta-bloquants, diazépam, tétracycline, maléate de perhexiline, chloramphénicol, clofibrate, alcool (hypoglycémies); barbituriques (réduction d'activité); corticoïdes, salidiurétiques, oestro-progestatifs (hyperglycémie). **Présentation :** Boîte de 20: 43,80 F - A.M.M. 312936-1. Boîte de 60: 107,60 F A.M.M. 312937-8. Liste I - Conservation: 3 ans. S.S. 70%. Coll. et AP. Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les Aubrais. (Informations complémentaires: cf. Vidal).



été longue. J'ai pu évaluer l'efficacité du traitement en consultant les photos prises tout au long de la cicatrisation.

Le protocole de soins le plus utilisé est le suivant :

- Nettoyage à l'eau stérile, mise à plat de la plaie après avoir ôté zones blanchâtres, dévascularisées et dépôts de fibrine, application de tulle bétadiné ou tulle gras suivant l'évolution de la plaie.

Cette évolution est suivie par le médecin responsable qui se déplace à la demande de l'infirmière.

- Après réfection du pansement, les zones de kératose sont traitées avec une ponceuse performante tandis que sont prodigués les conseils nécessaires au maintien du bon état de la peau.

La consultation se termine par la prise d'un nouveau rendez-vous, noté sur un carnet et confié au patient.

- Mme F. a un mal perforant plantaire qui va nécessiter l'intervention du médecin. Une radiographie en urgence nous montre une ostéite, l'hospitalisation est immédiate, le chirurgien prévenu pourra voir Mme F. dans la journée.

La deuxième journée est réservée aux consultations pied chronique, structure mise en place depuis janvier 1993 (une demi-journée par semaine) pour accueillir les patients guéris mais à risque.

Des soins locaux sont appliqués, des conseils d'hygiène sont donnés. Des avis diététique et médical sont demandés si nécessaire.

L'infirmière travaille en étroite collaboration avec médecin et chirurgien, qui ne revoient leurs patients qu'à sa demande ou en consultation de contrôle rituel.

Chaque consultation est codifiée sur une feuille de soins que le patient remet

dez-vous lui est donné par l'infirmière.

Bilan

L'éducation et les pansements en ambulatoire entraînent une diminution des hospitalisations pour maux perforants plantaires (les hospitalisations traditionnelles n'excèdent pas trois semaines). La vie de famille est préservée ainsi que la vie professionnelle. La personne est revalorisée, son autonomie est plus ou moins retrouvée.

Le nombre d'actes en consultations « pied diabétique » s'accroît.

Quelques chiffres :

- 1989 : 206 CS

- 1990 : 430

- 1991 : 553

- 1992 : 775.

Pendant ce court séjour, j'ai pu constater une unité certaine dans l'équipe de

diabétologie de COLMAR où chacun à son rôle propre et où chaque acteur peut intervenir très rapidement suivant les besoins.

Ceci est en partie dû à la présence quasi permanente du Praticien hospitalier, à sa très grande disponibilité, à ses qualités relationnelles, à sa capacité de motiver tout autre intervenant, chirurgien, radiologue. Chaque partenaire est formé et prêt à bousculer ses habitudes pour une meilleure prise en charge du patient.

Je tiens à remercier toute l'équipe du service de diabétologie de COLMAR pour l'accueil qui m'a été réservé et plus particulièrement Mme HUPIN, Anita FOHRER et Jean-Pierre HUG qui m'ont accompagnée au cours de ces deux journées et pour qui la prise en charge du pied diabétique est une réalité que nous essayons de faire nôtre au sein de l'Unité de diabétologie de RENNES.

J. Travers

Infirmière en endocrinologie

TESTÉ POUR VOUS

Un livre blanc... rehaussé de couleurs

Du nouveau
à l'AFD...

Un livre jeune, neuf sur le plan de l'esthétisme, attractif par son contenu, est à la disposition de tous les diabétiques insulinodépendants et non insulinodépendants depuis janvier 94.

Ce livre est l'abrégé en plus ludique du difficile mais incontournable « ÉQUILIBRE AUJOURD'HUI » que l'AFD offrait gracieusement aux adhérents de l'association.

Difficile, parce que trop lourd, trop long, parfois spectaculaire ou effrayant dans la description des complications.

Difficile également par son apparence terne, ses articles sans illustration. Incontournable parce que très



La nouvelle version, soutenue financièrement par les laboratoires Lilly France, est à la mesure des prétentions éducatives de chacun de nous. Les illustrations dominent le texte et favorisent clarté et concision des propos. Aucune d'elle n'est impressionnante ou repoussante, simplement didactique. Tous les personnages changent au fil des pages et des conduites enseignées.

Il ne s'agit donc pas d'une bande dessinée mais d'un texte illustré intelligemment, qui se lit ou se feuillette comme un livre de bonnes... recettes.

On pourrait reprocher, car un peu dépassée, l'illustration de l'auto piqueur sous la forme de l'autolet « première génération », mais peut-être est-ce pour les besoins de compréhension des dessins?.

C. Colas

DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

L'expérience du diabétique : "Je est un autre"

- Le diabète insulino-dépendant est une maladie chronique dont les poussées aiguës peuvent être mortelles.

- Le traitement, à l'heure actuelle est très imparfait, puisqu'il ne guérit pas la maladie, que son administration ne colle pas aux besoins réels de l'organisme et qu'il est lui-même source de troubles (malaises).

- Il ne s'agit pas d'une maladie psychosomatique mais le parcours des malades avec leur diabète est largement dominé par la structure de leur personnalité.

- L'expérience de la maladie est commune à tous les diabétiques, mais les réactions (et les actions) sont toujours indi-

- Le DID diffère d'autres maladies

La réussite ou l'échec de cette expérience dépend de la structure de la personnalité qui, sauf pour les enfants devenus diabétiques, est déjà construite. Elle répète inconsciemment l'apprentissage de l'altérité (avec la mère, avec l'autre sexe). Cela explique qu'il n'y a pas une personnalité diabétique mais des personnalités plus ou moins aptes à faire avec l'Autre (le diabétique en l'occurrence).

Le langage

Différents outils médicaux sont apparus depuis 20 ans (bandelettes et lecteurs de glycémies) qui ont permis de décoder le langage de l'Autre, mais il reste au patient à en faire la traduction comme pour une langue étrangère. Ce va et vient entre deux langues n'est pas sans difficultés. L'incompréhension demeure fréquente : bien peu de malades tiennent compte des analyses pour ajuster leur traitement.

D'autres techniques telles que les programmes d'éducation par ordinateur, les pompes à insuline, sont utilisées et peuvent être considérées comme des médiateurs ou des interprètes dans la relation du sujet avec l'Autre diabétique.

L'image

Le diabète est une maladie chronique dont les épisodes aigus peuvent être mortels (coma acidocétosique, hyperosmolaire, hypoglycémique). Le risque vital fait partie du savoir inconscient du malade.

Pour Freud dans l' "inquiétante étrangeté", "notre inconscient a aujourd'hui, aussi peu de place qu'autrefois pour la représentation de notre propre mortalité". L'inquiétante étrangeté est une sensation qui survient quand les contenus représentatifs nécessaires à l'auto conservation ne sont plus refoulés, et qu'apparaît ce qui aurait du rester caché. C'est la possibilité de mort liée à la maladie qui crée au niveau du conscient une angoisse où se présente l'autre diabétique. C'est à partir de ce risque de mort refoulé dans l'inconscient, mais pouvant se représenter (et pourquoi pas dans l'inscription des glycémies ou dans les symptômes) que s'incarne l'Autre (diabétique). Ne pouvant s'en débarrasser, puisqu'il n'y a pas de traitement curatif, le sujet est contraint pour se soigner, d'accepter et de négocier avec cet Autre porteur de mort. Ce qui est habituellement refoulé lui est plus aisément apparent, pérennisant l'Étrangeté. Cette perception est aussi responsable de l'opinion souvent péjorative exprimée par le public : il est désagréable d'être confronté à cette dimen-

Le traitement

Il faut pouvoir reconnaître l'Autre (diabétique) mais ne pas s'identifier à lui. Le risque mortifère est trop important en cas d'identification, car il n'y a plus de passage de l'être porteur de désir vers l'Autre : on se trouve alors dans une incarnation de la maladie. C'est la persistance du passage entre le sujet et l'Autre qui porte le désir, en l'occurrence le soin et le contrôle. Quand il n'y a pas de reconnaissance de l'Autre par négation ou identification, il n'y a pas de traitement possible, parce qu'il n'y a plus cet espace qui permet d'agir avec l'Autre.

L'hypothèse développée ici est calquée sur la problématique raciste où l'autre s'appellerait l'étranger à la place du diabétique. La question de l'étranger a fait couler beaucoup d'encre et de sang au cours des siècles. Les philosophes et les pédagogues les plus humanistes n'ont pas trouvé de réponses adaptées à l'usage collectif ou individuel. L'information, l'éducation sont des outils de conciliation collectifs mais n'épargnent pas la difficulté de l'épreuve individuelle.

Anne Blayo
Diabétologue - Paris 18^e

S. Freud : Névrose, psychose et perversion.
Julia Kristeva : Étrangers à nous-mêmes.
Daniel Sibony : Entre-deux, l'origine en partage

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Commentaires et réflexions élaborés à partir de l'observation d'une association de diabétiques insulino-traités

L'observation d'un groupe de diabétiques, et, plus précisément ce que m'ont transmis oralement ses membres sous la forme d'anecdotes, de témoignages et de doléances sur leur vie, m'a incité à vous rendre compte de cette expérience nouvelle et enrichissante pour thérapeutes et patients.

Origine de l'association

En 1990, une jeune femme âgée de 30 ans s'adresse à moi en ces termes : « cela fait 25 ans que je suis diabétique et je ne sais toujours pas comment vivent les autres, j'aimerais les rencontrer pour partager avec eux mes impressions sur la vie de diabétique ».

Je propose alors à 8 jeunes âgés de 20 à 30 ans (5 femmes, 3 hommes), diabétiques en moyenne depuis 10 ans (extrêmes : 2 à 15 ans de diabète) de se réunir dans ma salle d'attente, ce qu'ils acceptent très facilement probablement animés d'une même curiosité : voir et entendre les autres.

a) déroulement des réunions

« L'auto animation » est la règle au cours de ces réunions où j'interviens le

moins possible préférant laisser toute liberté d'expression aux patients. Elles commencent vers 20 heures 30 après dîner et se terminent vers 23 heures. Elles ont lieu en général le dernier mercredi de chaque mois. Chaque participant apporte une collation.

b) sujets abordés au cours des réunions

Réservés, attentifs, les premiers échanges concernent d'abord l'âge du diabète puis seulement l'âge de chacun. Ainsi le plus respecté, car probablement le plus expérimenté ou le plus exposé aux complications, n'est pas civilement le plus âgé.

La question du nombre d'injections d'insuline, la pratique du stylo ou celle de la seringue selon les préférences de chacun, les résultats comparés des HbA1c, trop dangereux pour le moral de ceux qui ont plus de 10 %, viennent ensuite dans la conversation.

Au fur et à mesure que les soirées avancent, les plaisanteries, les exemples de valorisation et de transgression de la maladie vont « bon train » : rouler sur la bande d'arrêt d'urgence de l'autoroute sous prétexte d'hypoglycémie (pas nécessairement avérée), avoir été pris pour un trafiquant de drogue à la douane d'un pays sensible, se précipiter sans culpabi-

lité à la boulangerie pour avaler ses pâtisseries préférées avec ou sans hypoglycémie, imaginer les situations les plus extravagantes pour se faire la piqûre, qui, à travers le collant, la chemise, le jean, à table, sous la table, selon le caractère extraverti ou non de chacun.

Tous enfin se plaignent en réunion de la piqûre de l'auto surveillance mais jamais de celle de l'insuline malgré le souvenir traumatisant de la toute première piqûre.

Certains souhaitent prendre une distance avec les membres de leur famille, qui, ne peuvent comprendre la maladie car ils ne la vivent pas, mais croient la vivre à la place des diabétiques dans une ambiance mêlée de fusion et de culpabilité lourdes à supporter pour les patients.

Beaucoup souffrent des questions de ceux qui ne comprennent pas pourquoi les diabétiques absorbent du sucre en cas d'hypoglycémie alors que « ça leur est interdit ». D'autres s'étonnent de la frayeur de leurs amis devant la piqûre ou s'amuse à la provoquer.

Enfin, beaucoup d'entre eux disent n'avoir pas parlé du diabète sur leur lieu de travail craignant une éviction, une répression, voire une absence de promotion.

c) Extension des réunions

Certains ayant évoqué la tristesse de l'hospitalisation - ils avaient souffert de la présence de malades d'âge trop différent au sein de la même salle, et de la confrontation aux complications voyantes de la maladie - nous avons organisé une semaine d'hospitalisation pour 11 personnes du même âge et pu constater toute l'aide morale qu'apportaient, dans ce contexte, les plus anciens diabétiques aux « plus jeunes ». Nous avons organisé deux autres semaines d'hospitalisation, par groupes de 11 jeunes, l'enthousiasme est le même après chaque séjour mais la séparation est un peu délicate. Nous avons également organisé des hôpitaux de jour et 3 nuits par groupe de 6 à 9 personnes (jeunes et moins jeunes cette fois).

L'association OSE est née, officiellement le 5 janvier 1993, de ce souhait de voir les diabétiques échanger avec d'autres, leurs joies et leurs difficultés sans intention de choquer ou provoquer. L'association compte à ce jour environ 150 adhérents. Dans le souci de communiquer l'idée à tout le monde, nous avons édité un bulletin trimestriel que nous adressons à tous les diabétologues francophones.

Le nombre de participants aux réunions a augmenté : nous sommes parfois 50, et, s'exprimer devient de plus en plus difficile. Nous avons alors choisi des thèmes précis tels la diététique, les yeux, le diabète et l'autre, les rapports avec les laboratoires, les hormones, l'acceptation du diabète.

Les lieux de réunions sont passés de ma salle d'attente au « salon-salle-à-manger » des patients puis à la salle à manger du service de diabétologie de l'Hôtel Dieu, puis à la salle de conférences de certains laboratoires sympathisants. Nous ne désespérons pas de trouver un local à la mesure de nos ambitions...

Résultats de l'observation du groupe du point de vue médical

Deux facteurs, semble-t-il, contribuent à la réussite de ce type de rencontre : le fait d'appartenir à une même tranche d'âge (en l'occurrence des jeunes ayant en commun les préoccupations d'intégration sociale, de vie familiale, d'emploi), et d'être suivis par le même diabétologue.

a) L'effet positif du groupe sur l'individu

Si le nombre important de participants ne favorise pas la prise de parole, celle-ci est facilitée dès le retour en consultation à la manière d'un mécanisme de feed back.

Si l'agressivité et les stratégies défensives du patient dominant certaines consultations, elles s'estompent grâce à la rencontre avec le groupe qui joue un rôle « antidépresseur ».

b) Le diabète c'est un autre et le diabétique c'est l'autre

Il ressort souvent des propos des patients et spécialement des patients insulinotraités à un jeune âge, que le diabète est ressenti comme « un autre », différent de soi.

Les représentations diffèrent selon les cas, les circonstances de survenue et le degré d'acceptation de la maladie : cela peut-être « une personne du sexe opposé, une poupée, un animal, un voyeur, un ennemi ou un compagnon de voyage que l'on peut réprimander, jeter, haïr ou prendre en amitié.

Accepter son diabète consiste à accepter cet autre-là : l'ennemi devient alors compagnon. Quand ?, comment ?, il ne semble pas y avoir de recettes, il n'y a que des déclics, précisent-ils.

Le diabétique parce qu'il est l'autre que propose l'association, (et parce qu'accepter l'autre avec son diabète est manifestement plus facile qu'accepter son propre diabète) semble donc intervenir à la façon d'un médiateur dans le processus d'acceptation minimale de la maladie.

Une fois ce stade amorcé, l'affirmation de l'identité « diabétique » peut s'exprimer à l'aide du verbe être, oblitérant le clivage entre la maladie (objet) diabète et le (sujet) diabétique : Pouvoir dire : « je suis diabétique » comme « je suis européen- (ne) » ou « je suis blond- (e) » est en tout cas le vœu de beaucoup d'entre eux. Cela peut prendre une vie...

Mais doit-on accepter ce que l'on n'a pas choisi ?, et peut-on accepter d'être diabétique si le non diabétique ne vous accepte pas ?

C'est ce qu'il s'est dit lors des dernières réunions sur « l'acceptation de la maladie ».



c) la carence en empathie

Qu'ils aient ou non accepté la maladie, les diabétiques éprouvent des difficultés à se mettre mentalement à la place des autres, en raison probablement de la présence de ce diabète qui demande tant d'investissement pour l'admettre en soi. Cette carence en empathie (que l'on ne retrouve pas par exemple chez les obèses qui ont tendance à se laisser influencer très facilement et à se mettre volontiers à la place des autres) s'est exprimée à plusieurs reprises au sein de l'association, et une fois par la mise à l'écart de l'un d'eux, jugé trop dilettante par rapport à l'engagement qu'il s'était fixé. Il peut s'agir d'un phénomène de rejet par identification négative.

Paradoxalement, les diabétiques sont parfois épouvantés par l'idée de la perception de la douleur des autres diabétiques, en particulier par l'évocation du souvenir de la première injection d'insuline, au point que cela semble les toucher de nouveau et raviver le traumatisme du diagnostic de leur maladie.

d) l'inhibition de l'apprentissage

Selon Frier et Deary, intervenant au cours des journées de diabétologie de 94 les diabétiques souffriraient d'une « réduction du QI de performance après plusieurs années d'hypoglycémie sévère. L'installation précoce du diabète peut affecter la capacité de traiter et d'examiner de nouvelles informations. » L'une de mes jeunes patientes pensait qu'elle resterait bête toute sa vie, parce que disait-elle, dans le mot diabète il y a bête.

Je pense pour ma part, qu'avec les hypoglycémies sévères les diabétiques souffrent d'inhibitions. « Une assez grande proportion de ce qu'on appelle débilite mentale est en réalité de la pseudo débilite due à de l'inhibition. Les gens deviennent stupides ad hoc lorsqu'ils ne veulent pas comprendre, lorsque la compréhension provoquerait de l'angoisse ou un sentiment de culpabilité ou compromettrait l'équilibre névrotique existant ». (Otto Fenichel théorie psychanalytique des névroses; Presses Universitaires de France; 1945)

Je pense qu'un diabétique a de quoi être angoissé quand en permanence il est en mesure de connaître sa glycémie. Rien de celle-ci ne peut lui échapper s'il s'est fixé pour objectif une surveillance constante. Mais s'il n'a aucune explication objective à apporter à son déséquilibre, le voici, par la voie de leur conséquence mesurable, mis en accès direct avec ses affects sans disposer pour autant de la faculté de les soulager. C'est à mon avis une des conséquences non maîtrisables de l'auto surveillance glycémique : on ne peut pas expliquer « médicalement » toutes les glycémies, et je pense que l'on accroît l'angoisse et la solitude des malades quand on fait le vœu d'auto surveillance intensive pour chacun d'eux.

Résultats du point de vue des patients

Ce que leur apporte l'association : un réconfort bien sûr, comme en témoigne le texte que je joins à la fin de cet article, mais pas nécessairement la volonté d'en faire davantage pour se soigner, sauf, à la faveur du témoignage dramatique d'une jeune fille de 20 ans, boulimique, non voyante, et en plein rejet de la maladie. Pour certains, la fréquentation des réunions génère un sentiment de « bonne conscience » qui appelle la vigilance du médecin.

Avec la démonstration des procédés techniques tels que les stylos ou les lecteurs, chaque diabétique se révèle à lui-même et aux autres, acteur de sa maladie et s'investit en tant qu'enseignant et promoteur de sa propre expérience.

Bien qu'ils soient aguerris à l'expérience de l'hospitalisation, les « anciens » déclarèrent souhaiter ne plus être hospitalisés « seuls » avouant même que grâce à cette expérience en groupe - je cite leur propos - « ils vivaient de nouveau, renaisaient, s'étaient libérés d'un carcan, osaient enfin sortir d'eux-mêmes » et même pour certains « sortir de chez eux ».

Quant aux plus jeunes s'ils estimaient n'être pas en mesure d'enrichir les anciens d'un savoir faire, ils eurent conscience que leur propre image, celle d'un diabétique différent : sympathique souvent, beau parfois, riche pas toujours et en pleine santé apparente affectait tout le groupe d'un signe positif.

Les obstacles rencontrés par l'équipe médicale

Il n'est pas trop difficile d'organiser des réunions ou de faire un bulletin. Les plus sérieuses difficultés que j'ai rencontrées tiennent au bouleversement que les hospitalisations de groupe ont entraîné sur l'équipe soignante, d'abord sur l'équipe médicale : les patients font bloc face à l'interne ou au chef de clinique,

celui-ci n'est pas écouté car, la place de l'autorité médicale est fantasmatiquement occupée par moi qui suis leur médecin, mais qui ne suis pas en permanence dans le service... Individuellement cette opposition peut passer, et le patient est vécu comme un trouble fête ou un caractériel, mais à dix cela devient un contre pouvoir médical, difficile à gérer une fois installé.

L'autre difficulté est la mise à l'écart involontaire des infirmières par les patients. En effet, le rôle de confidentes, qui leur est habituellement dévolu, est tout à coup réservé au groupe ou à de petites formations au sein du groupe.

Cette double frustration s'est manifestée la première fois par un rejet du groupe de la part de l'équipe soignante. Les deux autres hospitalisations de semaine organisées à l'initiative des patients, ont été mieux acceptées car les deux parties : patients et corps médical étaient prévenus et préparés à la rencontre.

Témoignage

Pour illustrer certains des aspects de ce qui vient d'être dit, voici le témoignage d'une jeune fille âgée de 20 ans diabétique depuis 3 ans qui a participé à la première semaine d'hospitalisation en groupe :

« Avant de rencontrer le groupe, je ne connaissais aucun diabétique, ceux que je rencontrais à l'Hôtel Dieu m'impressionnèrent au début : ils donnaient une sensation de force intérieure, de sérénité que j'aurais aimé dégager moi aussi. Nous avons très vite appris à nous connaître, nous sentant dès le début solidaires et complices, peut-être à cause du sentiment d'être dans la même galère... L'échange avec les autres de nos expériences mutuelles m'a permis de mieux comprendre mes erreurs, mes excès, mes peurs. D'autres les avaient vécus, ils comprenaient... »

La confiance qui s'est installée entre nous a permis un dialogue sincère : j'ai raconté comme jamais je ne l'avais fait auparavant mes crises de boulimie. Carmen, Lena, Delphine m'ont raconté leur expérience...

Les manifestations d'entraide et les attentions de chacun m'ont donné une force et une confiance nouvelles.

Vous avez réalisé ou testé une structure ou un matériel pour l'éducation des diabétiques?

***Faites-le connaître par « Diabète Éducation » en nous écrivant :
Diabète Éducation - Dr Charpentier - 59, bd H.-Dunant
91100 Corbeil Essonnes - Tél. : 64 96 91 33, poste 44.33***

A l'issue de ce séjour, j'ai véritablement eu le sentiment que je devenais diabétique une seconde fois, qu'il fallait que je recommence mon apprentissage comme si c'était le premier jour... J'ai eu la sensation de découvrir un diabète que j'avais rejeté jusqu'alors, que j'avais laissé en marge de mon existence; ça a été une période difficile de ma vie. Je suis persuadée que l'effet bénéfique de ce séjour sur la gestion générale de mon diabète est principalement dû à la chance que j'ai eu d'appartenir à ce

groupe, d'entretenir ce type de relations avec les autres, de profiter d'une telle ambiance.

Disponible, compréhensive et surtout tellement gaie et enthousiaste, ma nouvelle famille m'a donnée une force supplémentaire : la certitude que l'on pouvait bien vivre avec son diabète, qu'accepter d'être différent, c'était se donner les moyens d'aller au bout de ses envies... »

Dr. Claude Colas
Diabétologue - Paris

Approcher la maladie par la dimension du vécu

Une maladie aiguë, même grave, peut ne représenter qu'une rupture temporaire avec le mode de vie quotidien, tandis que la maladie chronique inflige à son porteur l'obligation de faire le deuil de sa santé antérieure. Certaines de ces affections de longue durée, si elles sont bien prises en charge, par les patients eux-mêmes et par les médecins, permettent de mener une vie quasi normale. C'est le cas pour des patients diabétiques, des patients asthmatiques ou des patients hypertendus. Pour d'autres, tels que les personnes en dialyse, les personnes colostomisées, les personnes laryngectomisées ou les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou d'épilepsie, le poids de la maladie affecte plus ou moins gravement leurs vies personnelles, familiales, professionnelles et sociales. Dans certains cas, l'autonomie de mouvement et de décision peut être largement réduite (handicap, atteinte neurologique,...). La juxtaposition de la pathologie et de ses traces physiques peut atteindre gravement la personne jusque dans son intégrité corporelle.

Cette situation, accompagnée du risque de complications ou de décompensation, induit un seuil d'acceptation psychologique qui peut constituer un obstacle à un apprentissage de connaissances et de savoir faire. Dès lors, la capacité de gérer la maladie de façon autonome, atout centra pour les patients dans la recherche d'une qualité de vie optimale peut être sensiblement réduite.

Les compétences de gestion de la maladie sont parfois ardues, du moins nécessitent-elles de la part des malades une forte motivation à apprendre et à appliquer leurs traitements.

Un espace d'expression

Nous nous sommes intéressés aux témoignages de patients atteints de maladies chroniques afin de transmettre leurs attentes aux soignants. La valeur d'une formation clinique, dans le champ des maladies chroniques, dépend en grande partie de la compréhension que peuvent avoir les soignants de la réalité quotidienne vécue par leurs malades. Il est primordial d'élargir le terrain d'investigation au milieu familial, social et professionnel, ainsi qu'à la relation entretenue entre la patient et son médecin traitant. C'est un tel objectif que nous nous

« OSE », c'est d'abord une voix au bout du fil qui, sur un ton un peu « boy scout » énonce les coordonnées (horaire, lieu, thème) de la prochaine réunion.

C'est ensuite une drôle de rencontre, physique celle là, avec une bande de jeunes et de moins jeunes) réunis autour de Claude COLAS, du diabète et de quelques friandises (hypoglycémie oblige!) Diabétiques et non diabétiques, se présentent, se côtoient, échangent, s'affrontent parfois en témoignant des différentes souffrances que fait naître cette étrange maladie, mais aussi de ce qu'elle fait découvrir pour tout un chacun de sa propre structure.

Les instants d'émotion vraie alternent avec de grands éclats de rire mais aussi avec des explosions de révolte de ne pouvoir vraiment partager. Les témoignages des diabétiques butent en effet à un moment à un autre sur ce constat douloureux : « vous ne pouvez pas comprendre ». En face (ici, côte à côte) les non-diabétiques, bien souvent partagés entre compassion et colère, s'efforcent de ne pas rompre le fil de leur écoute attentive pour que tout ça débouche sur plus de tolérance.

Le sourire et la douceur (apparente du moins) de Claude COLAS permettent à tous d'aller jusqu'au bout de ce qu'ils ont à dire. Ce n'est pas toujours évident !

Personne ne sort de ce groupe comme il y est rentré.

Entre-temps il y a eu de la parole, de la parole vraie dans laquelle chacun a pu s'entendre dans sa difficulté à faire le deuil de ses illusions perdues et dans les efforts qu'il fait pour investir malgré tout une vie différente de celle qu'il avait imaginé.

J.P. BASCLET - Psychologue

Service de Médecine Interne Endocrino-Diabétologie - C.H. de Corbeil

À PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Des patients témoignent de leurs situations afin d'améliorer la formation des soignants

Résumé

Dans le cadre du premier congrès international "Patient Education 2000", une place particulière a été réservée pour des témoignages de patients atteints d'affections chroniques. Présentés sous forme d'une série de posters, ces témoignages abordent dans un premier temps la problématique des coûts engendrés par les maladies chroniques (coûts psychologiques, familiaux, sociaux, professionnels et financiers), ainsi que, dans un deuxième volet, présentent d'une manière

de leurs soignants. Cet espace d'expression a permis au corps médical de mieux connaître à la fois les enjeux liés aux maladies chroniques et les diverses expériences et attentes vécues par les patients lors de la prise en charge thérapeutique.

Cette rencontre peut certainement engendrer une amélioration de la formation des soignants.

Mots clés : Maladies chroniques, Patients Education 2000, témoignages de patients, coût de la maladie chronique, expérience et attentes des patients, prise

une série de posters, partie intégrante du congrès "Patient Education 2000" tenu à Genève, en juin 1994. Le contenu de ces posters doit être considéré comme la "voix des patients". Divers témoignages de patients ont été collectés, aussi bien que ceux d'associations de malades exprimant la réalité et les coûts de la maladie. Dans cet espace d'expression, ces témoignages ont pu être lus et entendus, de façon à être reconnus en tant que tels et ainsi améliorer le contexte de "travail" des malades dans leur apprentissage et celui des médecins dans leur enseignement.

Pour chaque maladie, il a été distingué deux volets : "Les différents coûts pour les patients" et "Ce que nous, patients, avons à dire aux médecins et aux soignants". Dans les deux cas, l'injonction orale authentique des témoignages a conservé son effet malgré la mise en image ou en texte. Cette volonté de préserver au plus près l'intensité émotionnelle des témoignages fut, la plupart du temps, bien reconnue par les participants au congrès et largement appréciée en tant que prise de conscience incontournable pour un travail d'accompagnement plus efficace.

"Les différents coûts pour les patients"

Les coûts psychologiques

D'un point de vue global, la maladie chronique, qu'elle soit métabolique, neurologique ou chirurgicale, provoque chez le porteur un choc émotionnel souvent important. L'acceptation de la maladie n'advient qu'au prix d'un travail de deuil quant à la santé antérieure. La perte de confiance en soi, le sentiment de diminution, la révolte (le sentiment d'être injustement frappé), la proximité du handicap (complications, amputations, mutilations), la peur de l'avenir, de la rechute, en un mot, le sentiment d'être devenu soudainement différent, selon les éléments-clés d'une réaction naturelle vis-à-vis de la maladie et des ses conséquences pour les patients. Cette situation va influencer toutes les expériences de vie auxquelles les patients doivent se confronter.

Les coûts dans la vie professionnelle

Face aux collègues de travail, il n'est pas toujours facile d'annoncer la maladie. L'image de productivité peut être affectée, les relations avec les supérieurs ou les subordonnés moins favorables. De même, il n'est pas aisé de demander une adaptation des horaires pour faire face aux différents traitements qui couvrent la journée. La crainte de perdre son emploi, de se faire rétrograder est inhérente à la

maladie chronique. Pour certains, le changement d'emploi est obligatoire pour des raisons de sécurité ou de santé. De même, les demandes d'Assurance-Invalidité ne sont pas toujours bien vécues dans le sens de la perte d'utilité ou de productivité. Il semble que le manque d'information auprès des employeurs reste souvent une cause de conflit.

Les coûts dans la vie de famille

En corollaire à la situation professionnelle, la vie de famille pose, elle aussi, des problèmes qui sont le résultat d'un manque de dialogue issu de l'état psychologique de la personne malade ou d'une forme d'incompréhension provenant de l'entourage. Pour les patients les plus jeunes, les parents ont tendance à les surprotéger. Dans un couple, la maladie peut être révélatrice de conflits larvés qui peuvent aboutir à la rupture. La diminution de supports affectifs risque d'augmenter la vulnérabilité des patients et entraîne des décompensations de son état.

Les coûts sociaux

Du point de vue social, les issues sont souvent similaires à celles vécues en famille et sont l'œuvre à la fois de la personne malade et de son entourage : rejet, mise à l'écart, refus de se confronter, solitude. La population, en général mal informée, peut avoir des réactions erronées à l'égard du malade et ces dernières vont provoquer le retrait social. Les conditions psychologiques dans lesquelles les patients évoluent quotidiennement, tout au long de leur travail d'acceptation, forgent chez la personne malade une image d'elle-même qui sera décisive dans sa relation avec l'environnement social. Tenter d'éviter la pitié tout en respectant la différence ne semble pas une chose facile à réaliser.

Les coûts financier

La dimension des coûts financiers semble être un facteur particulièrement central dans la gestion de la maladie. En effet, la possibilité de payer des appareils

de contrôle performants non-remboursés par les assurances est un luxe qui n'est pas accessible pour tous. A l'inverse d'une hospitalisation même de longue durée consécutive à une pathologie aiguë et prise en charge par les assurances, la maladie de longue durée coûte relativement cher, principalement en frais directs (médicaments, consultations, frais de transports), en frais cachés (adaptation de l'appartement, de la garde-robe, de la voiture, des loisirs), en perte de gain (réduction du temps de travail, prise de jours de congés, absentéisme).

Une large influence

Tous ces éléments du coût global de la maladie de longue durée sont interdépendants et peuvent avoir une action structurante sur les patients et leur entourage. Les témoignages révèlent des étapes souvent difficiles où le moral et la motivation sont atteints. C'est dans ces périodes que les médecins peuvent jouer un rôle central dans la relance d'une activité positive, la mise en place de nouvelles stratégies ou la redéfinition d'objectifs. Mais pour cela, il est primordial que les soignants puissent "entrer en réel contact" avec les patients, leur consacrer une écoute accrue, sentir leur désarroi, leur inquiétude, leur stress, leur accorder une véritable attention.

Le deuxième volet de ces posters donne la parole aux patients afin qu'ils expriment, directement à leurs interlocuteurs médicaux, les critiques relatives à leurs relations avec eux, les conseils qu'ils pourraient émettre à titre de partenaires privilégiés.

"Ce que nous, patients, avons à dire aux médecins et aux soignants !"

Ces posters indiquent les attentes des patients vis-à-vis des médecins et des soignants en général. Ces attentes concernent essentiellement les domaines de la communication et de la relation soignants-soignés. La critique touche principalement une communication trop souvent gérée à sens unique (médecin s'adressant au patient), un temps de dialogue très réduit, la mise à l'écart de toute information qui ne relève pas du domaine clinique, la négation des craintes... "car tout ira bien!".

La réussite d'une relation interactive dépend aussi des différents types d'explications utilisés par les soignants : les médecins risquent de poser plus de problèmes que d'apporter de solutions constructives en utilisant un langage trop scientifique, des termes inadéquats pour la compréhension des patients, des raccourcis gênant l'anxiété, un ton impersonnel face à un patient qui se trouve

même, les médecins se comportent de façon trop égale et banalisante, aux yeux des patients, quelle que soit la conjoncture : annonce du diagnostic, traitements routiniers, ou lors de circonstances plus délicates telles qu'intervention chirurgicale, examens par des spécialistes, changements de traitement. Écarter la mention du risque pour ne pas inquiéter semble être particulièrement anxiogène et mal vécu par les patients.

Dans le même ordre d'idée, se retrouver seul interlocuteur face à son médecin ne cadre pas, selon les patients, avec la réalité quotidienne où beaucoup d'acteurs interviennent à différents niveaux et à différents moments (famille, entourage, collègues, soignants, paramédicaux). Une approche interdisciplinaire pourrait être développée afin de maintenir la motivation, faciliter la compréhension et partager les responsabilités.

Les messages clairs et poignants des groupes de patients ont frappé l'attention des participants de ce premier congrès sur les maladies chroniques. Puissent ces témoignages permettre que s'établisse un véritable partenariat soignants-soignés. Le congrès "Patient Education 2000" fut une étape importante de la constitution d'un vaste champ de réflexion destiné à augmenter les succès thérapeutiques et de ce fait augmenter la qualité de vie des malades chroniques.

St. Jacquemet, A. Lacroix, A. Golay, J-Ph. Assal

ÉTUDE DE CAS

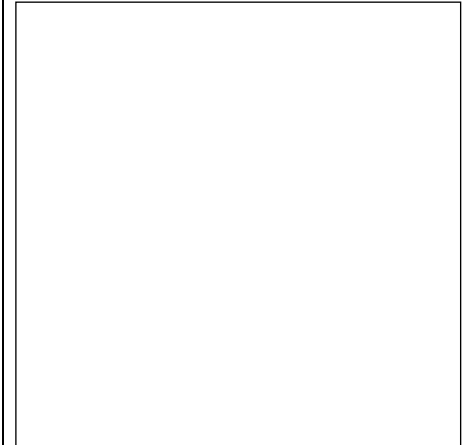
Jamais trop tard !

Madame T. est ce qu'on appelle une super obèse. Plus de 140 Kg et à ce niveau de poids la taille compte peu. Médecin travaillant en institution, elle approche de la retraite et des complications somatiques. Tous les indicateurs, ou presque, sont au rouge. En particulier, deux menaces se font plus précises. Un diabète avec une glycémie à jeun entre 1,50 et 2,50 g/l et surtout une gonarthrose bilatérale évoluée, récusée par le chirurgien à ce niveau de poids.

En bon médecin, elle a peu consulté, sachant combien les résultats à long terme des surcharges pondérales sont modestes. Cependant, poussée par des complications qui annoncent l'invalidité, à fortiori, à un moment où la retraite lui apparaît synonyme de liberté, elle s'hardit. Un premier médecin spécialiste la

nonçant tout de go paralysie et cécité (ce qui n'est pas médicalement inexact !). Cette prescription est effectivement suivie d'effets puisque la patiente connaît un état dépressif assez sévère et qu'elle m'est alors adressée.

Cet état dépressif, en l'absence de tout amaigrissement, constitue l'opportunité d'une prise en charge psychologique soutenue. Un rythme hebdomadaire est décidé sans aucun contrat pondéral ni médicamenteux, dans un premier temps.



Les semaines passent et Madame T. se rend fidèlement à ses séances. Recroquevillée depuis des années dans une vie monotone, elle évoque l'inévitable relation difficile à la mère, médecin surchargé qui n'avait d'yeux que pour ses malades. Plus tard, c'est l'impossible accès à un corps interdit de tout désir de plaisir et de jouir dans une famille où on ne parle pas de ces choses là.

Fort logiquement, elle épouse un homme brillant, mais discret, avec lequel la communication a toujours été minimale. Comme sa mère, il ne la regarde pas, mais le masochisme de la patiente se nourrit assez bien de cette situation et le couple se soude solidement autour d'une vie professionnelle assez riche. Malheureusement Madame T. n'aura pas d'enfants, à son grand regret. Elle accepte la rumeur qui la croit stérile alors que c'est son mari qui est azoospermique. En l'absence de dialogue conjugal, la possibilité d'adoption n'est envisagée que... trop tard.

Une vie gâchée? Sans doute si l'on considère l'amour de cette femme pour les autres, pour les enfants, bref une oralité dévorante qui ne peut trouver son point d'application que dans la nourriture : bonne, disponible, offrant sans effort des satisfactions substitutives intenses, la nourriture devient la meilleure et la pire des choses : source de jouissance et de culpabilité extrême. La spirale est engagée, l'obésité modérée devient sévère, la mort rôde.

Chemin faisant, la psychothérapie a permis une relance de la mentalisation et

La retraite enfin prise est l'occasion d'accueillir des amis en toute convivialité. Un petit traitement antidépresseur pour les phases difficiles, quelques conseils comportementalistes de base associés à un carnet alimentaire permettent le démarrage d'un amaigrissement qui va se poursuivre progressivement, non sans à coups, sur plus d'une année. Même la possibilité de marcher s'améliore, en dépit de l'aggravation de la gonarthrose. Le chirurgien veut moins de 100 kilos. Elle sera finalement opérée des deux genoux à quelque 105 kilos et la période post-opératoire est particulièrement difficile. Immobilité, puis cannes anglaises avant de trouver une mobilité nettement améliorée. Le diabète a totalement disparu. La partie n'est pas gagnée pour autant. Notre patiente le sait mieux que personne. A suivre.

Dr. Bernard Waysfeld
Rue Régis - Paris 6^e.

Le DESG de langue française remercie

**L'INSTITUT SERVIER DU
DIABÈTE,**

**LES LABORATOIRES :
BAYER,
OWEN MUNFORD,
HOECHST**

de leur collaboration
et de leur soutien.

Diabetes Education Study Group de Langue Française FORMATION DES FORMATEURS

Vice Président du DESG, responsable de la formation des formateurs : **Dr. F. Elgrably.**
Directeur de la formation des formateurs : **Dr. Judith Chwalow.**

- **POURQUOI ?** Éduquer les diabétiques est indispensable et utile. Sans méthode, les résultats restent insatisfaisants à long terme. Peut-on aller plus loin? Pour essayer d'aller plus loin que simplement transmettre des connaissances, certes utiles mais insuffisantes, c'est-à-dire toucher les bons comportements sans entraver la qualité de la vie, il est nécessaire d'apprendre à faire un diagnostic éducatif, à le mettre en pratique et à l'évaluer.
- **POUR QUI ?** Tous ceux qui s'occupent de l'éducation de diabétiques - médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues.
- **COMMENT ?** Sept modules de 3 jours chacun, sur une période de 2 ans. Ces modules se composent de toutes les étapes du diagnostic éducatif jusqu'à l'évaluation, et sont prévus pour des groupes intensifs et interactifs de 25 participants, multidisciplinaires, dirigés par l'équipe de formation des formateurs du DESG ainsi que des experts sélectionnés.
- **QUAND ?**

MODULE 1	DIAGNOSTIC ÉDUCATIF	15 au 17 janvier 96
MODULE 2	CONSTRUIRE UN Pgm D'ENSEIGNEMENT	18 au 20 mars 96
MODULE 3	Module PSYCHO ANALYTIQUE	28 au 30 mai 96
MODULE 4	Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE	23 au 25 sept. 96
MODULE 5	COMMUNICATION	09 au 11 déc. 96
MODULE 6	COMMUNICATION (Suite)	17 au 19 mars 97
MODULE 7	ÉVALUATION	27 au 29 mai 1997

Pour toute demande de candidature, envoyer un curriculum vitae et une lettre de motivation - Coût de la formation : 5000 Francs par module.

S'adresser à : **Christine Baudoin**

DESG/Formation des formateurs - INSERM - Unité 21
16, avenue Paul-Vaillant Couturier - 94807 VILLEJUIF-CEDEX
Tél. : (1) 45 59 51 08 - Fax : (1) 47 26 94 54

DIABÈTE ÉDUCATION

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Paul VALENSI (Paris)

DIRECTEUR DE RÉDACTION

G. CHARPENTIER

Hôpital Gilles-de Corbeil, 59, bd H.-Dunant
91100 Corbeil - Tél.: 60 90 30 86

COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)

Philippe CHANSON (Paris)

Sylvaine CLAVEL (Lyon)

Judith CHWALOW (Paris)

Fabienne ELGRABLY (Paris)

Jean-Louis GRENIER (Roubaix)

Serge HALIMI (Grenoble)

Anne-Marie le GUERRIER (Rennes)

Bernard LESOBRE (Neuilly-sur-Seine)

Nadia TUBIANA-RUFI (Paris)

Paul VALENSI (Paris)

Patrick VEXIAU (Paris)

MAQUETTE Studio Grafiligne - Tél. : (1) 64 98 88 07 - Fax: (1) 64 98 76 60

IMPRESSION Finkmatt Impression - 4, rue Gutenberg - Z.A.67610 LA WANTZENAU

DIAMICRON

Glicazide

Une double action : métabolique et vasculaire.

2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

Composition : Gliclazide 0,080 g par comprimé sécable. **Propriétés pharmacologiques :** Sulfamide hypoglycémiant présentant des propriétés microvasculaires originales. **Indications :** Diabète non acidocétosiques, non insulino-dépendants de l'adulte et du vieillard, lorsque le régime prescrit n'est pas suffisant pour rétablir à lui seul l'équilibre glycémique. **Posologie :** Dans la majorité des cas, 2 comprimés par jour. Coût du traitement journalier: 1,79 à 7,17F. **Contre-indications :** Diabète infantile, diabète juvénile, cétose grave, acidose, précoma et coma diabétiques, grossesse, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique grave, antécédents allergiques connus aux sulfamides, association au miconazole comprimé. **Effets indésirables :** Réactions cutanéo-muqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamido-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. **Précautions d'emploi :** Régimes hypocaloriques et/ou hypoglycémiques et surveillance habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilité d'interaction avec le miconazole (hypoglycémie grave), A.I.N.S. (notamment salicylés), sulfamides antibactériens, coumariniques, IMAO, bêta-bloquants, diazépam, tétracycline, maléate de perhexiline, chloramphénicol, clofibrate, alcool (hypoglycémies); barbituriques (réduction d'activité); corticoïdes, salidiurétiques, estro-progestatifs (hyperglycémie). **Présentation :** Boîte de 20: 43,80 F - A.M.M. 312936-1. Boîte de 60 : 107,60 F A.M.M. 312937-8. Liste I - Conservation: 3 ans. S.S. 70%. Coll. et AP. Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les Aubrais. (Informations complémentaires: cf. Vidal).