



DIABÈTE ÉDUCATION

SANTÉ ÉDUCATION
N°2 VOLUME 16

Journal du DELF - Diabète Éducation de Langue Française

Éditorial

Publicité et obésité

Il n'en était jamais question, cela devient un sujet omniprésent dans la presse, sur les ondes, sur les écrans, sur les panneaux publicitaires. L'obésité par ci, l'obésité par là. Récemment figurait dans un journal gratuit à large diffusion, cette publicité « *l'image que vous renvoie votre miroir ne vous correspond pas. Vous ne supportez plus ces kilos qui vous pèsent ; Vous voulez reprendre le contrôle de vos formes ; vous ne voulez plus avoir faim en permanence : un moyen simple existe face aux nombreux régimes qui ne font pas le poids : le ballon intra gastrique* ». Photo d'une jeune femme qui respire la santé et la beauté... à qui l'on propose donc d'aller se faire gonfler l'estomac pour être enfin heureuse. Ailleurs une campagne médiatique grand public terrifiante sur les conséquences santé de l'obésité. Plus récemment, un grand distributeur s'offre un logo « anti obèse ». Où allons nous ? Même la *Star Ac* s'en mêle, d'une manière qui mériterait d'ailleurs une analyse subtile.

Les Association de personnes obèses réagissent à juste titre contre ces publicités stigmatisantes et délétères. Dans une intervention récente

Le bureau du DELF

| | |
|---|---|
| ■ Président : | Serge HALIMI (Hôpital Nord, Grenoble) |
| ■ Vice-Président : | Ghislaine HOCHBERG (Paris) |
| ■ Secrétaire générale : | Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, Paris) |
| ■ Secr. général adjoint : | Anaud MOCOCHAIN (Paris) |
| ■ Trésorier : | Anne sophie Roussel (Hôpital saint louis, Paris) |
| ■ Trésorier adjoint : | Christine DELCROIX (Paris) |
| ■ Président d'honneur : | Paul VALENSI (Hôpital J. Verdier, Bondy) Fabienne Elgrably (Hôpital Hotel Dieu, Paris) |
| ■ Responsable du Journal Diabète Éducation : | Guillaume CHARPENTIER (Hôpital Gilles de Corbeil - Corbeil Essonnes) |
| ■ Responsable des Groupe Régionaux : | Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud Rennes) |
| ■ Responsable de la Formation des formateur : | Judith CHWALOW (Hôtel-Dieu, Paris) |



SOMMAIRE

- **Éditorial : Publicité et obésité**
(Arnaud Basdevant) 1
- **CD-Rom : " Atelier culinaire et éducation nutritionnelle : un acteur l'aide-soignant "**
(H. Mosnier-Pudar) 2
- **EdDias' : Guide d'aide à l'action en éducation du patient diabétique de type 2**
(V. Patou, F. Strnad) 5
- **L'utilisation de la marionnette dans les programmes d'éducation de l'enfant atteint de maladie chronique : expériences et implications pour la pratique**
(J. Pelicand, A. Deccache) 8
- **L'utilisation de la peur en éducation pour la santé : Questions éthiques, résistances psychologiques et effets pervers**
(C. Ferron) 13
- **Faut-il parler d'un succès de la pompe**
(H. Mosnier-Pudar) 17
- **Quelles différences de représentations sociales de médecins en formation post-graduée à l'égard de patients de différente culture ?**
(C. Layat) 19
- **Prise en charge des patients migrants**
(B. Dutray) 21
- **8èmes ENTRETIENS DE NUTRITION**
de l'Institut Pasteur de Lille 21

Édito (suite)

lors d'une réunion à l'Assemblée Nationale, la responsable de l'association *Allegrofortissimo* présentait un réquisitoire aussi percutant que rigoureux et parfaitement documenté et analysé contre cette dérive. Un éditorial de la très prestigieuse revue scientifique nord américaine « Sciences », qui s'occupe généralement plus de gènes que de gènes, incitait à « lutter contre l'obésité et non contre l'obèse ». Prise de conscience donc de ces dérives par les scientifiques, interventions vigoureuses et pertinentes des associations et de médecins, mais hélas le mouvement paraît bien lancé pour dériver un moment. Il faut réagir. D'abord en développant une réflexion sur ce que nos démarches de spécialistes de l'alimentation et de la nutrition ont généré d'effets secondaires.

Préoccupés par les données épidémiologiques et par ce que nous voyons sur le terrain de la clinique, les nutritionnistes ont lancé un cri d'alarme sur le développement de l'obésité. Engagés dans la prévention nous avons contribué à la diffusion de messages de santé publique. Comme souvent le message raisonnable a été transformé en sa caricature : dans le domaine de l'obésité cette tendance actuelle s'amplifie tant il est vrai que l'excès de poids suscite des réactions extrêmes de l'hygiénisme moralisateur au libéralisme libertaire dévastateur. Et puis il faut bien reconnaître qu'une culture diététique qui stagne dans des concepts plus hygiénistes que nutritionnels ne contribue pas au progrès. Nous devons balayer devant notre porte ! Ensuite en revenant à une conception de la diététique qui s'inscrit dans la

nutrition c'est-à-dire dans la vie et non dans la répression. Enfin en écoutant ceux qui, « en première ligne » reçoivent ces messages « en pleine figure ».

Que cette incitation à la réflexion critique n'aboutisse pas au dolorisme et à l'inaction ! La prévention reste et doit rester un objectif majeur de nos métiers. Mais faut-il focaliser sur l'obésité ? Ne devons-nous pas élargir sur la promotion de la santé. Faut-il parce que le nombre de personnes obèses progresse mettre la France au régime. Faut-il face à une société de surabondance prôner l'ascèse irréaliste et contre productive ? Les vrais succès de la prévention et de la prise en charge de l'obésité ne sont-ils pas liés à une alimentation sereine, sans inquiétude ?

Pr Arnaud Basdevant

Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière

Vu pour Vous

CD-Rom : " Atelier culinaire et éducation nutritionnelle : un acteur l'aide-soignant "

Le CD –Rom : **Atelier culinaire et éducation nutritionnelle: un acteur, l'aide soignant** a été conçu, dans le service de Nutrition de l'Hôtel Dieu du Pr Basdevant, par Nadine Baclet, cadre de santé diététicien.

Le service de Nutrition de l'Hôtel Dieu accueille les personnes obèses. L'éducation nutritionnelle occupe une place importante dans les

activités de ce service. L'outil que nous avons expertisé comporte :

Un CD-Rom présentant un film pédagogique sur l'atelier culinaire animé en duo par la diététicienne et l'aide soignante. Il est centré sur le rôle de l'aide soignante dans cet atelier.

Un guide pédagogique sous forme de

petit livret de 4 pages qui reprend les points principaux abordés dans le film.

I. OBJECTIFS

Les objectifs annoncés de cet outil sont de répondre aux besoins de

formation des nouvelles aide soignantes qui ont la responsabilité d'animer l'atelier culinaire en équipe avec une diététicienne, soit :

- Aider à l'intégration des nouvelles aide-soignantes dans le service
- Harmoniser les pratiques professionnelles
- Partager les connaissances, les valeurs, dans une équipe pluridisciplinaire centrée sur la prise en charge globale du patient

Au terme de cette formation l'aide soignante doit être capable de :

- Montrer au patient comment limiter au maximum l'utilisation des matières grasses dans la cuisine
- Donner des idées de recettes pour le plaisir et la santé,
- Répondre, avec la diététicienne aux questions des patients.

Les objectifs intermédiaires que veut atteindre le film pédagogique sont :

- Repérer les étapes et les gestes de la démonstration culinaire pour pouvoir les reproduire,
- Entendre, comprendre et retenir les messages nutritionnels pour pouvoir les expliquer aux patients
- Regarder l'animation de groupe pour s'en inspirer, afin de développer son assurance.

II. LE FILM

Le film dure environ 30 minutes. Il permet de voir le déroulement de toutes les étapes de l'atelier culinaire. Le découpage est clair, les 4 étapes de l'atelier sont bien identifiées :

- Comment donner la couleur dorée à la viande en cuisinant sans graisse,
- Comment donner du goût à la préparation avec l'utilisation des épices et aromates,

- Comment épaissir les sauces
- Comment confectionner un gâteau.

Le film débute sur les témoignages des aides soignantes que l'on sent très impliquées dans la réalisation de cet atelier. Elles ont parfaitement intégré leur rôle primordial dans la prise en charge globale de ces patients, et leur appartenance à l'équipe pluridisciplinaire où leur spécificité et travail sont parfaitement définis et reconnus. Pour cela il suffit d'écouter, cette fois-ci, le témoignage de la diététicienne. Ensuite on voit un atelier filmé avec de « vrais » patients, en situation réelle.

On commence par la préparation de l'atelier. Pour cela on s'assure des denrées alimentaires que l'on a à disposition. Le menu est confectionné de concert avec la diététicienne, et l'on sort les ustensiles dont on va avoir besoin. Un premier temps d'éducation avec la diététicienne permet de donner les informations nécessaires puis on passe à la pratique.

Les 4 temps de l'atelier sont filmés. L'aide soignante anime un groupe de 5 à 6 personnes. Tout le monde met la main à la pâte.

Le discours part toujours de ce que les patients disent, ou répondent aux sollicitations de l'aide soignante, ce qui fait que le degré d'interaction est important. Les messages principaux sont soulignés, répétés. L'aide soignante répond aux questions des patients.

A la fin de l'atelier, le repas est pris en commun et permet de déguster les bons petits plats confectionnés, de renforcer les messages et de répondre aux dernières questions.

III. LE LIVRET PÉDAGOGIQUE

Après un rappel des buts de la formation et des objectifs du film, la

première partie du guide donne des exemples de discours. Il s'agit de quelques phrases qui permettent de situer la façon de s'adresser à un groupe de personnes afin de susciter leur intérêt et leur expression.

Puis les 4 temps de l'atelier culinaire sont repris. A chaque fois l'on insiste sur la nécessité d'être interactif, de toujours partir des propos des patients, sans jugement de valeur. Pour chaque temps :

- les messages principaux à faire transmettre sont donnés,
- les éléments qu'il ne faut pas oublier sont rappelés,
- ainsi que toutes les étapes de la préparation du plat de viande et du gâteau.

IV. COMMENTAIRE

Cet outil est remarquablement fait, il est évident qu'il doit s'intégrer dans une formation plus large. Pour nous, il est important, en dehors de ce film d'insister sur les techniques de communication et de gestion de groupe.

Le film est très clair, les « acteurs » sont à la hauteur, et l'on ressent bien l'ambiance conviviale de ces ateliers, qui ne masque pas les objectifs à atteindre. Les messages passent. Quelques petites critiques, car il en faut bien :

- Un sommaire permettant d'aller directement vers telle ou telle étape de l'atelier pourrait aider au visionnage du film et à son appropriation par les aides soignants en formation.

A notre avis, l'aide soignante animatrice de l'atelier ne vérifie pas suffisamment la bonne compréhension des messages. Il n'y a pas assez de reformulation par les patients.

Le livret pédagogique, bien que très synthétique, est un support écrit très satisfaisant pour la bonne compréhension du film.

Enfin ce film, même sorti de son contexte, peut avoir une grande utilité. Il permet de définir un des multiples rôles que peuvent jouer une aide soignante dans une équipe pluridisciplinaire prenant en charge les personnes obèses, mais peut très bien être transposé en diabétologie.

Il démontre que les aides soignants sont des personnes incontournables dans nos équipes, qui sont motivés et capables d'avoir un rôle actif, à condition de leur rendre la place qui est la leur.

H. Mosnier-Pudar -
Hôpital Cochin - Paris

Renseignements :

Mme J.JARIN cadre supérieur de
santé infirmier
Service de Nutrition
Hôtel-Dieu
75004 PARIS
01 42 34 84 42
josiane.jarin@psl-ap-hp.fr

Mme N.BACLET cadre de santé
diététicien
Service diététique
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
75013 PARIS
01 42 16 12 27
nadine.baclet@psl-ap-hp.fr

Testé pour Vous

EdDias' : Guide d'aide à l'action en éducation du patient diabétique de type 2

Le but de cet article est de commenter le cd rom « EdDias' » réalisé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES) avec l'aide d'un groupe d'expert et qui représente comme son titre nous l'indique un guide d'aide à l'action en éducation du patient diabétique de type 2.

Comment rechercher une information sur ce cd rom dense ?

Comment s'y prendre pour critiquer un tel support et commenter un tel travail ?

Autant de questions restaient en suspens au cours de nos multiples lectures de ce cd rom.

Ainsi, notre réflexion a été basée sur une formation de diététiciens libéraux à l'éducation thérapeutique, réalisée début 2005, au sein du Réseau Diabète Val d'Oise.

Afin de vérifier la pertinence de cette formation, du contenu à enseigner et de la méthode employée, nous suivrons ce guide, afin de valider notre pratique et d'attribuer un niveau d'intérêt à ce support.

Cette formation résulte d'une demande des diététiciens libéraux, principalement habitués aux entretiens individuels et d'un objectif propre au réseau pour former le plus grand

nombre de patients diabétiques de type 2 en groupe (rôle favorisant du groupe dans le processus de l'apprentissage).

L'objectif final est d'améliorer l'équilibre glycémique et la qualité de vie de ces patients à travers une alimentation plus équilibrée.

Nous avons repéré les différents thèmes essentiels.

Nous emploierons un code couleur afin d'identifier les critères nécessaires à la mise en place de cette formation.

CHOISIR UNE MÉTHODOLOGIE

RÉFLÉCHIR AU PROJET ET L'ÉLABORER

Le projet a été réfléchi en équipe pluridisciplinaire, la structure du réseau le permettant.

Le projet : Former des diététiciens libéraux à la pratique de l'éducation thérapeutique de groupe auprès des patients diabétiques de type 2 suivi en ville.

Plusieurs réunions ont permis d'élaborer ce projet.

Au final, la formation s'est déroulée de Février à Avril 2005.

Il a été décidé de former les diététiciens en quatre fois une journée.

D'un point de vue méthodologie d'apprentissage, le formateur a choisi de travailler avec les méthodes suivantes :

- Questionnaires d'évaluation (évaluation de leurs besoins et de la formation)
- En plénière et en sous groupe
- Méthode DELPHI
- Brainstorming
- Cas cliniques
- Cas mosaïques
- Retour des expériences de chacun après mise en pratique entre chaque journée de formation.
- Un support de synthèse des journées de formation a été créé par le diététicien formateur et remis à chaque participant. C'est un document de références afin d'harmoniser notre discours.

METTRE EN PRATIQUE LE PROJET

CONNAÎTRE LA SITUATION :

Connaissances en éducation et faisabilité du projet (Professionnels, patients, Structures organisationnelles...)

Les professionnels qui ont été contactés par le réseau travaillent auprès de diabétiques (ont donc une connaissance de la maladie), ont été formés à l'éducation thérapeutique et l'ont mise en pratique sur le terrain.

Ces professionnels qui encadreront cette formation sont donc sensibilisés et formés.

CHOISIR LES ORIENTATIONS DU PROJET :

Définir des objectifs

Faire un entretien individuel

- Evaluer les objectifs du patient
- Etablir un diagnostic éducatif

Savoir animer un groupe

- Notion de gestion de groupe
- Rôle du groupe
- Rôle de l'animateur
- Gestion du patient en crise

Communication

- Ecoute active
- Non verbale
- Relation d'aide
- Information orale

Acte d'éducation

- Définition
- Rôle du groupe
- Supports pédagogiques pour faciliter l'animation de groupe

Apports de connaissances hors éducation

- Différents intervenants
- Le traitement pour le diabète
- La diététique et le diabète
- La maladie chronique (stade d'adaptation à la maladie, croyances de santé)

Définir les moyens (Equipe, locaux, financement)

La formation a été animée par un diététicien et une infirmière formés.

Un support de synthèse des journées de formation a été créé par le diététicien formateur et remis à chaque participant.

Le financement de ce projet a été pris en charge par le réseau.

La salle choisie a été favorable à l'apprentissage :

- Proximité géographique
- Repas sur place
- Accès aux outils de communication adéquate (ordinateur, paperboard, photocopieuse...)
- Même endroit à chaque formation

RÉALISER LE PROJET :

Sensibiliser les acteurs concernés

Former les professionnels

Après cette formation de quatre jours, deux journées post formation ont été planifiées.

Les buts de ces journées :

- Réfléchir sur l'organisation administrative (planifier les groupes, protocole d'organisation avec la secrétaire)
- Etablir un plan financier (Salaire perçu par les diététiciens animateurs)
- Planning par secteur géographique (Le département du Val d'Oise est vaste, ce planning permet de connaître le secteur d'activité de chacun des animateurs)
- Travailler sur le contenu des ateliers de diététiques proposés aux patients. (Création de quatre sous-groupes pour réflexion sur le contenu et retour et validation en groupe complet).
- Rechercher les supports pédagogiques pour chaque atelier (affiche, brochures, aliments factices, fiches d'équivalences).
- Création de grille d'évaluation pour :
 - L'animateur des ateliers
 - Les patients, en vue d'évaluer l'atelier.

EVALUATION DU PROJET

L'évaluation d'un tel projet doit être faite systématiquement en amont et aval.

ANALYSE PRÉLIMINAIRE

Une analyse préliminaire des besoins des diététiciens a été faite par le biais d'un questionnaire d'évaluation des besoins et des attentes de chacun.

Les résultats de ce questionnaire ont permis aux formateurs de définir les thèmes de la formation.

QUAND ?

Avant :

- Avant la formation (Outil utilisé : le questionnaire)
- Avant chaque journée de formation (Outil utilisé : le brainstorming)

Pendant :

- Pendant les ateliers :
 - animateurs évalués (Outil utilisé : Questionnaire)
 - ateliers évalués par les patients (Outil utilisé : Questionnaire)
- Pendant les consultations individuelles :
 - évaluations individuelles du changement de comportement des patients. (Outil utilisé : fiche de suivi individuelle).

Après :

- Réunions regroupant tous les animateurs afin de recueillir leur propre expérience de l'animation de groupe et de l'éducation thérapeutique.
- Recueil des données biologiques des patients à long terme par le biais d'un carnet de bord par patient (Outil de transmission propre au Réseau).

QUI ?

- Évaluateurs externes (l'infirmière formatrice sera présente à chaque

atelier afin d'évaluer l'animateur)

- Les patients évalueront les ateliers
- Les animateurs évalueront le contenu, les méthodes d'animation de chaque atelier et les supports pédagogiques utilisés.

EN CONCLUSION

Grâce à ce guide d'aide à l'action en éducation, nous avons pu valider notre formation par rapport aux éléments de références de l'INPES.

Ce cd apporte aux éducateurs une description complète de plusieurs types de méthodes d'animation de groupe et d'outils d'évaluation, nécessaires pour le bon déroulement d'une action en éducation.

De toute évidence, nous ne conseillerions pas d'utiliser ce cd rom, comme un outil d'apport de connaissances, sans avoir déjà été formé à l'éducation thérapeutique.

En revanche, ce guide peut devenir un outil de contrôle pour ne pas oublier les étapes essentielles en terme d'éducation thérapeutique, recommandées par l'INPES dans toute pathologie chronique.

Ainsi, nous encourageons, vivement, les équipes à se référer à « EdDias » pour contrôler avant leur mise en place, leurs programmes d'éducation et de formation prévus, afin d'accéder au respect d'étapes incontournables, recommandées par l'INPES.

Bravo.

Pour se procurer gratuitement ce support pédagogique

INPES – 42, Boulevard de la libération
– 93203 SAINT DENIS Cedex

Tel : 01 49 33 22 22

Site : <http://www.inpes.sante.fr>

Email : dicop@inpes.sante.fr

Virginie Patou,

Infirmière de coordination du réseau diabète Val d'Oise (RDVO 95)

Fabrice Strnad,

Diététicien, formateur en éducation thérapeutique au sein du RDVO 95.

De la Théorie à la Pratique

L'utilisation de la marionnette dans les programmes d'éducation de l'enfant atteint de maladie chronique : expériences et implications pour la pratique

I. INTRODUCTION

L'éducation du patient fait partie intégrante des soins de l'enfant ayant une maladie chronique. Au travers de l'éducation, une prise en charge de la maladie est encouragée afin d'éviter les complications aiguës et chroniques mais également pour développer l'autonomie de l'enfant. Lorsque le diagnostic de diabète est posé, les enfants avec leurs parents sont confrontés à la difficulté d'acquérir de nouvelles responsabilités qui ne correspondent pas toujours aux potentialités liées aux stades de développement psychomoteur et moral des enfants.

Pour tout programme d'éducation du patient destiné à des enfants, les professionnels de santé doivent prendre en compte plusieurs caractéristiques de l'enfant pour adapter le programme, les techniques pédagogiques et les différents objectifs du programme à leur âge. Les recommandations de la CNAMTS [1] ainsi que la prise en

compte des compétences définies par d'Ivernois et Gagnayre [2] permettent de construire un programme d'éducation visant des objectifs répondant à des compétences de différentes natures : de savoir, de savoir-faire (cognitives) et d'expression (psychosociales).

Pour pouvoir développer des compétences cognitives, les objectifs doivent être adaptés aux capacités cognitives et d'apprentissage des enfants. Dès le jour de la découverte de sa maladie, l'enfant ne maîtrise plus ce qui l'entoure, ce qu'il lui arrive. Il va progressivement apprendre les gestes de soins avec ses parents. Ses connaissances vont évoluer avec son âge, tout comme ses représentations de sa maladie et de son traitement.

Cependant, le vécu psychosocial de la maladie est difficile à aborder avec les enfants. Il varie avec le stade de développement. L'annonce de la maladie est un événement « traumatisant ». L'enfant n'a plus confiance en lui-même, ni en son entourage. Il se sent impuissant face à la maladie et au traitement. Toutes ces émotions sont

difficiles à exprimer. Il est important que l'enfant puisse mettre des mots sur sa maladie et ses contraintes. Il faut l'aider à exprimer ce qu'il ressent. Afin de répondre particulièrement à ces besoins d'expression et de reprise de confiance et de contrôle sur la maladie et le traitement, les activités éducatives doivent permettre d'identifier les représentations, les préoccupations, les craintes et questionnements de l'enfant, de lui faire reprendre confiance pour qu'il puisse prendre part à sa maladie [3].

De plus, plusieurs pré-requis sont cités dans la littérature sur la pédagogie facilitant l'acquisition des différentes compétences chez l'enfant :

- instaurer un climat de confiance autour de celui-ci, notamment avec les professionnels de santé
- lui permettre de participer à des activités variées rendant possible un apprentissage
- lui fournir les moyens nécessaires à l'accomplissement de sa tâche et l'encourager dans ses efforts
- transformer chaque échec en nouvelles occasions d'apprentissage.

La prise en charge éducative de l'enfant atteint d'une maladie chronique comprend donc 3 parties : l'apport cognitif avec les connaissances et le savoir faire, l'expression de l'enfant afin de lui permettre de reprendre confiance et de regagner un certain contrôle sur sa maladie et enfin l'aménagement d'un environnement pédagogique adapté et rassurant.

1. LE JEU ET LA MARIONNETTE CHEZ L'ENFANT

Chez l'enfant, jouer est spontané. Le jeu répond à plusieurs de ses besoins. C'est un moyen de s'exprimer plus librement [3], lui permettant également d'être actif. L'enfant se sent moins l'objet d'une attention extérieure. Lors des jeux, l'émergence de représentations et de situations particulières est

facilitée de par la spontanéité de l'activité. Se tromper lors d'un jeu a peu de répercussions dans la vie réelle, et donc est un moyen facile d'expérimenter des comportements sans prendre de risque.

Les techniques ludiques semblent donc répondre aux pré-requis cités ci-dessus de l'environnement facilitateur à l'acquisition des compétences chez l'enfant.

Parmi les techniques ludiques, la marionnette est un support pédagogique utilisé depuis très longtemps auprès de nombreux publics. Chez les enfants, les marionnettes peuvent être utilisées dans un contexte d'éducation, où elles permettent de franchir le pont entre le monde interne de l'enfant et la réalité extérieure, ouvrant la possibilité de « découverte de soi ». L'association « Marionnette et Thérapie » s'intéresse depuis 1978 à l'utilisation de la marionnette comme médiation. Elle regroupe divers professionnels utilisant la marionnette dans le champ de la santé, de la réhabilitation et de la réinsertion sociale, auprès de différents publics adultes ou enfants.

Par exemple, elles sont utilisées pour préparer les hospitalisations d'enfants subissant une greffe rénale (USA) [4,5], ou pour leur permettre d'exprimer leurs émotions lors des hospitalisations. Au Japon, elles permettent une meilleure gestion des situations post-traumatiques chez les enfants après un tremblement de terre. En Afrique du sud, elles font partie du programme de prévention du SIDA. En France, elles sont utilisées avec les enfants asthmatiques, diabétiques ou en dialyse [6-9]. Quels que soient les auteurs et leur origine géographique, tous partagent la conclusion que les marionnettes constituent une méthode qui facilite la communication avec les enfants à propos de leur santé. Les enfants sont attirés par le spectacle et se réjouissent de pouvoir communiquer et apprendre en même temps. Ces différentes expériences appuient l'utilisation de

la marionnette chez l'enfant comme support d'acquisition de connaissances et comme technique d'expression.

2. DIFFÉRENTES EXPÉRIENCES PERSONNELLES D'UTILISATION DES MARIONNETTES DANS LE CADRE DE PROGRAMME D'ÉDUCATION POUR LES ENFANTS AYANT UN DIABÈTE

• Le spectacle de marionnettes en tant que support d'acquisition de connaissances dans le cadre d'un programme d'éducation



Objectifs :

Le spectacle de marionnettes peut être un support d'acquisition de connaissances dans le cadre d'un programme d'éducation. C'est le fil conducteur du programme. Les connaissances sont abordées par le biais des marionnettes.

Description :

Un programme, utilisant le spectacle de marionnettes comme support d'acquisition de connaissances, a été réalisé auprès de 14 enfants de 8 à 12 ans, ayant un diabète, en séjour AJD (Aide aux Jeunes Diabétiques) en 2001. 8 saynètes ont été écrites par les éducateurs en fonction des différentes expériences vécues ou exprimées par le groupe d'enfants (focus group) et des objectifs visés pour la séance. Chaque séance était filmée afin de réajuster les objectifs et d'observer les comportements, réactions et remarques des enfants durant le spectacle. Le personnage principal était « Hipopo », le personnage diabétique, et était accompagné de ses amis : « Croacroa » la gourmande, « Picpic » détestant les piqûres, « Rapido » le sportif et « Tout

Malin », personnage référent aidant les enfants en cas de doute. A chaque séance, « Hipopo » rencontrait un de ses amis et devait faire un choix de comportement, adapté à la situation (l'hypoglycémie, l'hyperglycémie, les injections, le goûter d'anniversaire...). Les enfants intervenaient pour aider « Hipopo » à faire un choix approprié. Après chaque spectacle, les enfants évaluaient leurs connaissances par le biais d'un livret de jeux créés en fonction du thème et des objectifs visés par le spectacle. Les corrections des jeux étaient réalisées en individuel afin de répondre aux questions précises de chaque enfant. Pendant le spectacle, à tout moment, les enfants avaient l'opportunité d'interagir avec les marionnettes pour aider le personnage principal et échanger leurs opinions entre eux. Le personnage « Tout Malin » intervenait soit à la demande des enfants, soit en fin de saynètes pour apporter une synthèse des propos, reprendre les différentes questions échangées entre les enfants et les marionnettes et y répondre de la façon la plus appropriée. Les marionnettes sont alors modératrices de discussion.

Au niveau des enfants :

- Les enfants ont montré un grand intérêt et amusement pour les séances d'éducation, quand il s'agit de spectacle de marionnettes (contrairement au « cours traditionnel »).
- Les réactions des enfants ont montré qu'ils s'identifiaient au personnage principal qui se trouvait dans des situations familiales, propres à leur vie quotidienne.
- L'attention des enfants a semblé plus importante car ils étaient captivés par l'histoire.
- Les enfants ont manifesté un sentiment de responsabilité et d'auto efficacité lors du spectacle. Ils se sentaient responsables d'informer et d'aider « Hipopo »

car leurs connaissances sur le diabète et le traitement étaient supérieures à celles du personnage. Leurs choix de comportements, après discussion, étaient souvent les bons.

- Les enfants, timides ou refusant de parler de leur diabète au début des séances, ont pu communiquer par le biais des marionnettes car elles leur ont permis de prendre de la distance par rapport à eux-mêmes et leur maladie.
- Enfin, les relations entre les enfants et les éducateurs médecins ont évolué. Les enfants ont pu plus facilement exprimer leurs connaissances et émotions pendant les spectacles en s'adressant aux marionnettes, sans ignorer que leurs médecins étaient derrière le castelet. D'ailleurs, ils faisaient régulièrement référence à leurs interventions, ultérieurement lors des soins. Les marionnettes sont alors des objets transitionnels, facilitant la communication et l'expression des enfants avec les soignants.
- Par rapport à l'acquisition de connaissances, les évaluations réalisées en fin de séance par le biais de livret de jeux écrits nous ont permis de constater que les connaissances des enfants sur les signes et les solutions possibles dans certaines situations étaient acquises par la majorité des enfants après les spectacles de marionnettes

Au niveau des éducateurs et de l'organisation :

- le spectacle de marionnette n'a pas pu aborder tous les thèmes d'éducation de la même façon car les éducateurs, en écrivant les scénarios, exprimaient également leurs propres représentations sur chacun des thèmes. Par exemple, la séance portant sur les injections d'insuline a été moins bien vécue

par les enfants, il y a eu moins d'échanges.

- Le nombre d'enfants doit être limité pour assister aux spectacles car il est difficile de gérer les interactions avec un grand nombre d'enfants lors des discussions avec les marionnettes
- Les spectacles n'abordaient pas les représentations, les émotions des enfants par rapport à chaque thème. Il s'agissait plus d'objectifs de connaissances et de comportements.
- Derrière le castelet, pour les éducateurs, il était très difficile d'observer les attitudes des enfants et d'ajuster directement les scénarios en fonction des questions ou réactions. Les films ne permettaient que d'observer à posteriori.

En conclusion, les spectacles de marionnettes, comme support d'acquisition de connaissances, semblent avoir un effet facilitateur dans le processus d'apprentissage de l'enfant (cf pré requis cités ci-dessus). Ils apparaissent comme une stratégie pédagogique adaptée aux actions d'éducation des enfants atteints d'une maladie chronique répondant à des objectifs et compétences cognitifs.

Saynètes de marionnettes comme moyen d'expression

Objectifs :

Les marionnettes peuvent être utilisées par les enfants comme moyen d'expression (du vécu, des émotions,...) au sein d'un programme d'éducation. Il s'agit alors de temps de saynètes écrites ou improvisées par les enfants, sur des thèmes proposés par l'éducateur.

Description :

Des saynètes de marionnettes ont été utilisées dans des programmes d'éducation pour 14 enfants diabétiques de

10-12 ans, lors de séjours AJD en 2002 et 2003 [10]. La compétence visée par cette technique était la compétence d'expression des enfants (objectif : exprimer ses besoins et ses émotions). Chaque séance était organisée en deux parties : la première concernait les savoirs (savoir, savoir-faire), la deuxième visait la compétence d'expression avec les saynètes de marionnettes. Chaque enfant choisissait une marionnette (construite par lui-même ou fournie par l'éducateur). En effet, les enfants avaient la possibilité de construire une marionnette au début du programme. Pour chaque séance, plusieurs thèmes étaient prédéfinis et piochés par chaque groupe de 2-3 enfants. Sur chaque thème, un groupe d'enfants s'exprimait, selon leurs souhaits, par de petites saynètes improvisées sur des situations vécues ou fictives. Les autres enfants interagissaient sur les situations, les émotions et les solutions choisies lors de la saynète. L'éducateur n'était que le spectateur des saynètes et intervenait au même titre que les enfants qui assistaient, pour poser des questions. En fin de saynète, les enfants discutaient entre eux et avec l'éducateur de ce qui avait été exprimé et des solutions proposées.

Au niveau des enfants :

- Lors de l'évaluation du programme (2003) à court terme par les enfants, 93% des enfants ont été satisfaits (7% ont noté « assez bien »). Les marionnettes et leur utilisation lors des discussions de groupe ont été mentionnées par les enfants comme un des moments les plus appréciés du programme.
- Lorsque deux techniques d'expression différentes étaient proposées à 2 groupes d'enfants (le débat direct ou les marionnettes), les marionnettes offraient la possibilité aux enfants de s'exprimer plus souvent qu'avec le

débat direct, notamment concernant les situations relatives au diabète, l'expression de leurs ressentis et les attitudes et comportements adoptés.

- les situations évoquées étaient semblables : avec les marionnettes, les situations étaient souvent fictives mais portaient d'éléments vécus par les enfants, alors qu'avec le débat direct, les enfants parlaient de leurs propres expériences et histoires.
- Les ressentis pouvaient s'exprimer de différentes manières : avec les marionnettes, des ressentis positifs et négatifs étaient exprimés au cours des saynètes, quel que soit le thème proposé. Par contre, dans les débats directs, seuls des ressentis négatifs étaient exprimés, et d'autant plus que les interactions entre enfants augmentaient. De plus, des différences apparaissaient dans le mode d'expression des enfants à propos des situations. Les marionnettes aidaient les enfants à prendre de la distance et à rire de situations (par exemple, les enfants arrivaient à rire de leur autosurveillance glycémique alors qu'en débat direct, les enfants n'exprimaient qu'énervement et lassitude). Enfin, les marionnettes ont permis également à certains enfants d'exprimer certains ressentis qu'ils n'avaient jamais pu exprimer avant (par exemple, pour un enfant, la douleur lors des injections et les difficultés éprouvées avec son entourage lors de cette situation) car les situations étaient revécues et pouvaient être rejouées avec une distance émotionnelle.
- Les réactions proposées (attitudes et comportements adoptés) ont pu être distingués selon la technique d'expression proposée : d'une part, les réactions réelles et vécues des enfants dans chacune des situations et d'autre part, les

réactions décisionnelles face à des situations nouvelles.

- Avec les marionnettes, les enfants étaient en situation de prendre des décisions pour elles. Ceci leur permettait de « contrôler » des situations en lien avec leur diabète et qui leur étaient familières. Cependant, il s'agissait de comportements qu'ils aimeraient ou qu'ils auraient aimé avoir. Il s'agit donc de projection.
- Avec le débat direct, les enfants décrivaient uniquement leurs propres réactions et comportements dans leur vie quotidienne face à des situations. Parmi ces comportements, étaient exprimés également les « mauvais comportements » en lien avec leur traitement et l'alimentation (exemples : tricheries). Par contre, il n'existait pas de prise de décision en réponse à ces situations.

Au niveau de l'éducateur et de l'organisation :

- Les saynètes mettaient en scène des situations de la vie quotidienne et donnaient à l'éducateur une vision particulière du vécu des enfants. Il ne s'agissait pas véritablement d'histoire personnelle à posteriori mais une reconstitution de faits avec des réactions vécues par les enfants. Le vécu, les croyances apparaissaient alors au détour des dialogues improvisés et permettaient une discussion ultérieure
- La gestion du groupe était plus facile avec les marionnettes car toutes les émotions étaient canalisées dans les saynètes : révolte, colère et angoisses. Dès que les marionnettes étaient posées derrière le castelet, il était possible de parler calmement de ce qui s'est passé et du vécu de chacun dans une situation semblable.
- Au cours des saynètes, l'éducateur

était externe au spectacle et était beaucoup plus disponible pour répondre aux questions et réactions des enfants. Il était observateur et récepteur des messages transmis par les enfants. Il n'était pas nécessaire d'être plus de 2 éducateurs pour permettre aux enfants de s'exprimer avec cette technique.

Une relation de confiance avec l'éducateur a pu s'instaurer par le jeu. Ceci a permis de mieux comprendre les enfants et d'adapter le programme à leurs besoins.

En conclusion, les marionnettes semblent permettre aux enfants de prendre de la distance par rapport à leur vécu, de reprendre le contrôle en jouant des situations vécues ou fictives, en choisissant des conduites à tenir pour leur marionnette en vue de progresser dans leur vie de tous les jours. Elles répondent donc bien aux objectifs de développer la compétence d'expression chez les enfants.

III. CONCLUSION

L'utilisation de la marionnette est facilitatrice de l'acquisition de compétences cognitives et d'expression chez l'enfant, car elle répond aux différents pré-requis issus de la littérature :

- le spectacle de marionnette est une technique éducative plus ludique et plaisante pour les enfants
- elle peut répondre aux différents objectifs éducatifs visés : apports de connaissances et capacité d'expression
- une relation de confiance avec les soignants s'instaure facilement avec les marionnettes car tous jouent et s'expriment autour d'un même outil.
- Par le jeu de marionnette, l'enfant est actif. Il se met en position de

chercher et trouver des solutions et peut expérimenter des conduites à tenir, soit pour le personnage du spectacle, soit pour sa propre marionnette lors de saynètes improvisées. Il reprend petit à petit confiance en lui (confiance en soi), devient capable d'assumer et de reconnaître ses actes (responsabilité), et reprend le pouvoir dans ces situations (empowerment).

- Enfin, en pouvant exprimer ses émotions, son vécu par rapport à sa maladie, l'enfant peut prendre de la distance par rapport à lui-même, par rapport à ses peurs et angoisses d'être malade.

IMPLICATIONS POUR L'UTILISATION DES MARIONNETTES DANS UN PROGRAMME D'ÉDUCATION

Les marionnettes sont intrinsèquement une technique pédagogique, appropriée chez les enfants pour répondre à différents objectifs, mais elles ne peuvent pas être un programme éducatif en soi. Il faut qu'elles fassent partie d'un programme structuré avec des objectifs précis de savoir, savoir faire et d'expression. Selon l'objectif visé par cette technique (support de connaissances ou moyen d'expression), le programme devra être complété afin de répondre aux différentes compétences citées dans la littérature (cognitives et psychosociales), nécessaires à une bonne prise en charge et à l'amélioration du vécu de la maladie par l'enfant et son entourage.

- **Le spectacle de marionnettes comme technique d'acquisition de connaissances**

C'est une technique efficace, adaptée et appréciée par les enfants pour leur apporter des connaissances. Il est tout de même nécessaire pour consolider cet apport de connaissances de synthétiser le contenu théorique de la séance (connaissances, solutions possibles...) par un des personnages en fin de spectacle. De plus, pour

atteindre la compétence d'expression, il est nécessaire qu'un éducateur supplémentaire à ceux qui réalisent le spectacle derrière le castelet soit dans la salle avec les enfants. L'observation des réactions, des comportements et des questions de chaque enfant est important pour la poursuite du programme. L'éducateur dans la salle est modérateur, il écoute les remarques des enfants, note les questions à revoir en individuel et peut donner des indices aux manipulateurs afin d'adapter au mieux la séance et les objectifs. De plus, il est important que, durant le programme, un temps soit donné aux enfants pour s'exprimer.

- **Les saynètes de marionnette comme technique d'expression**

Les saynètes improvisées de marionnettes par les enfants sont adaptées à l'objectif d'expression visé. Cependant, elles peuvent être complétées par des phases de débat direct pour répondre à la compétence d'expression, car le contenu des informations diffère selon la technique d'expression utilisée et toutes sont essentielles pour une meilleure prise en charge des enfants ayant une maladie chronique.

De plus, elles doivent faire partie d'un programme visant également des compétences cognitives car les enfants, pour proposer des solutions à leurs marionnettes, doivent avoir certaines connaissances théoriques nécessaires pour faire un choix.

- **La construction des marionnettes par les enfants**

Cette étape de création n'est pas obligatoire. Elle doit être préparée et animée par une personne formée à la fabrication de marionnettes, notamment aux répercussions émotionnelles de la construction. Les avantages de la fabrication par les enfants sont : une grande appropriation de la marionnette par l'enfant, l'image corporelle à un temps donné de l'enfant, une adaptation possible lors de la fabrication pour une

manipulation plus aisée par l'enfant.

Mais il est possible qu'un enfant refuse de construire une marionnette ou bien de l'utiliser dans les saynètes. Ce choix doit être respecté car cette phase de construction représente beaucoup d'émotions pour celui qui fabrique sa propre marionnette et qui la manipule. Par exemple, un enfant, lors d'un programme, a construit une marionnette ressemblant à un « squelette » pour les improvisations de saynètes. Par son intermédiaire, il a pu exprimer des douleurs dues à ses injections, mais a tenu à la brûler avant de partir car il ne pouvait pas imaginer la ramener chez lui.

- **autres utilisations possibles**

Enfin, dans la littérature, il existe d'autres exemples d'utilisation de la marionnette dans l'éducation de l'enfant : outils d'évaluation de connaissances chez les enfants asthmatiques, outil d'identification et de projection et jeu récréatif.

RÉFÉRENCES :

1. CNAMTS, typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète, rapport de synthèse, février 2002
2. D'Ivernois J.F, Gagnayre, R. Typologie de l'éducation thérapeutique : réflexion méthodologique. Actualités et Dossiers en Santé Publique, septembre 2001, pp 11-13
3. Winnicott D.W. Jeu et réalité. London: Routledge, 1982
4. Linn S. La thérapie par les marionnettes pour des enfants subissant une greffe de moëlle osseuse. Bulletin Marionnette et thérapie, 1990, 1, pp10-17 (Original article was published in Journal of pediatric psychology, Vol 11, N°1, 1986)
5. Linn S., La thérapie par les marionnettes dans les hôpitaux : un moyen pour aider les enfants à faire face. Bulletin Marionnette et Thérapie, 1989, 4, pp. 6-19
6. Gambet-Drago I., Cabral-Ferreira F. L'utilisation de la marionnette dans

l'éducation du jeune patient asthmatique, Bulletin Marionnette et Thérapie, 1999, 2, pp. 5-17

7. Covaras O., Ser N, Raynal F, Azenar F, Pouydemange M, Valles D, Ghinolfi. Les marionnettes dans l'éducation des enfants diabétiques. Bulletin d'Education du Patient. 1993, Vol 12, N°4, pp. 88-89
8. Minguet B. La préparation de l'enfant à l'intervention chirurgicale. Bulletin d'Education du Patient, 1998, Vol 17, N°4, pp. 98-102
9. Sanchez-Ovando M. La marionnette comme instrument d'évaluation chez des enfants asthmatiques éduqués à l'hôpital Saint Joseph. Dissertation. Faculty of educational sciences, University of Paris 5, 1999 (unpublished)
10. Pelicand J, Gagnayre R, Sandrin-Berthon B, Aujoulat I. A therapeutic education programme for diabetic children: recreational, creative methods, and use of puppets. Patient Educ Couns. 2006 Feb;60(2):152-63.

**Julie Pelicand (1, 2),
Alain Deccache (1)**

1. Unité UCL-RESO. Université Catholique de Louvain, Bruxelles

2. Association Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD). Paris

Remerciements à Cécile Fournier et Isabelle Aujoulat pour leurs relectures rapides et pertinentes.

Pour tout renseignement complémentaire et/ou partages d'expériences :

Dr Julie PELICAND :
Julie.Pelicand@reso.ucl.ac.be

Pour plus de renseignements sur les formations possibles à l'utilisation des marionnettes :

Marionnette et thérapie,
28 rue Godefroy Cavaignac.
75011 Paris. Tel : 01 40 09 23 34

Diabète et Pédagogie

L'utilisation de la peur en éducation pour la santé : Questions éthiques, résistances psychologiques et effets pervers

« J'ai flirté... avec le virus du sida »

« Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse »

« Au-delà de trois verres par jour pour les hommes et de deux verres pour les femmes, l'alcool favorise l'apparition de cancers. Alcool : votre corps se souvient de tout »

UNE QUESTION ÉTHIQUE AU CŒUR DES PRATIQUES

La mobilisation d'émotions négatives en éducation pour la santé soulève d'abord une question éthique. Dominique Chouanière-Briançon [1] mentionne quatre niveaux auxquels l'éthique du professionnel de l'éducation pour la santé se trouve questionnée. L'un de ces niveaux est « l'utilisation d'un savoir et d'un pouvoir pour imposer des normes ou des valeurs par la peur, la manipulation, la coercition ou le dirigisme ». Imposer des normes ou des valeurs ne devrait pas faire partie des objectifs de l'éducation pour la santé, tout comme il ne devrait pas être question de désigner des facteurs de risque en les isolant du contexte de vie du sujet, ou de considérer l'Homme comme un individu entièrement libre de ses choix, sans contraintes person-

nelles ou sociales, et mu par des motivations exclusivement rationnelles. L'éducation pour la santé vise à promouvoir la santé, à développer la qualité de la vie et à fournir aux individus les moyens affectifs et cognitifs de comprendre la santé et ses enjeux, de clarifier leurs croyances et leurs valeurs personnelles et culturelles, de développer leur estime de soi et des autres, de les entraîner à la responsabilité et à la décision, et de favoriser leur engagement dans des projets communautaires. Peut-on espérer parvenir à de tels objectifs en suscitant la peur ou l'angoisse, en provoquant l'effroi ou le dégoût ? Il paraît antinomique de vouloir, comme le dit Michel Develay [2], « faire grandir le sujet de l'éducation », et ce faisant, de le ramener à ses terreurs primitives ; de vouloir « le faire exister comme différent de soi, comme autonome », et en même temps, d'établir une relation de dépendance où la peur suscitée par les menaces de l'éducateur ne peut se dissiper que si le sujet de l'éducation obéit à ses injonctions.

La présence d'une menace suscitant la peur, dans les propos de certains soignants à l'égard de leurs patients, présente des caractéristiques susceptibles de déstabiliser profondément ces derniers : le patient subit cette

forme de violence sans l'avoir anticipée et il n'est pas en situation de pouvoir la retourner vers le soignant ; la menace lui est infligée « pour son bien », et elle s'appuie de façon très importante sur la culpabilité : « Ce que je vous dis, c'est pour votre bien ; après, vous faites ce que vous voulez. Mais ne venez pas vous plaindre ensuite. ». Dans ce cas, il est difficile de croire qu'à l'issue du processus, les personnes ont acquis plus de pouvoir sur leur vie, ont accru leurs compétences ou sont devenues plus capables de prendre en charge leur propre santé.

L'approche par la peur est très souvent associée à une approche thématique. Comme le soulignent Gerard Hastings et Lynn Mc Fadyen [3], la fragmentation thématique de la santé conduit à une prolifération des risques. Cette approche revient à dire aux gens que « si la cigarette ne les tue pas, un conducteur ivre, une infection sexuellement transmissible ou une overdose de beurre le fera »... Ce « maillage de risques » transforme la promotion de la santé, « fantastique opportunité d'accroître le plaisir de vivre, en une énumération menaçante et déprimante ». Au contraire, ces auteurs suggèrent « de reconnaître les déterminants individuels et culturels des comportements, de renforcer le pouvoir des gens sur leur propre santé, d'émettre des messages à la fois crédibles et respectueux des personnes, et enfin, de construire des relations à long terme, non infantilisantes, avec le public ».

Primum non nocere[4] : au nom de quoi l'éducation pour la santé serait-elle affranchie de ce principe ?

PROVOQUER LA PEUR, POUR QUEL RÉSULTAT ?

La question se pose également de l'opportunité d'une telle approche en termes d'efficacité. La réception d'un message choquant ou effrayant peut-elle être à l'origine d'une prise de

conscience favorisant la mise en œuvre d'une action positive pour soi ou pour les autres ?

Jusqu'à une période récente, la majeure partie de la littérature sur ce sujet était issue du champ de la communication, de l'économie ou du marketing, dont les objectifs ont peu en commun avec ceux de la promotion de la santé. Ainsi, il y a trente ans, Howard Leventhal[5] affirmait qu'un message suscitant la peur entraînait un désir d'éliminer le danger contenu dans ce message. Le contrôle de la peur pouvait ainsi être mis en place grâce à plusieurs mécanismes tels que le déni, l'évitement, la distraction, ou l'affaiblissement de l'impact émotionnel par la consommation d'alcool ou de drogues... Ce même auteur [6] a également montré qu'un individu en état de dissonance cognitive et ressentant la peur avait plus de chances que les autres de développer une stratégie psychologique de réduction de la dissonance basée sur la défense ou le rejet (atténuation du message, mise en doute de sa crédibilité, sous-estimation des risques, etc.).

Plus tard, Jerold Hale et James Dillard [7] ont découvert que les messages effrayants étaient inefficaces :

- Auprès des personnes non volontaires (qui n'avaient pas demandé à être exposées au message) ; ces non volontaires s'engageaient alors dans un processus dit de « réactance » (*reactance*), qui est un processus psychologique se produisant lorsqu'une personne pense que sa liberté d'action est restreinte. Le résultat de la « réactance » est que l'individu refuse de suivre les recommandations qui lui sont faites, dans un effort pour recouvrer sa liberté perdue.
- Parmi les jeunes ayant un faible sentiment de vulnérabilité personnelle par rapport à la menace,

- Parmi les personnes anxieuses, dites « évitantes » (*avoiders*),
- Quand le coût de la réponse (les résultats négatifs qui résultent de la compliance aux recommandations) est perçu comme plus élevé que les bénéfices potentiels.

Si l'on considère les apports des approches psychodynamiques sur cette question, il semble que la réponse générée par ce type de message soit plutôt de l'ordre d'une inhibition que d'une prise en charge active des difficultés ou des problèmes existants. Comme le soulignait Norbert Bon dans un article sur l'acquisition des habitudes de prévention dentaire, les professionnels de santé ont trop tendance à agir comme si le message éducatif venait combler un vide de connaissance, une carence d'information, alors qu'il vient déséquilibrer, heurter, un système de connaissances et de représentations, faux peut-être, ou non scientifique, mais en équilibre chez le sujet de l'éducation. Dans le champ de la prévention des consommations de substances psychoactives, Alain Morel [8], qui note qu'information et peur vont souvent de pair, constate que la peur, « censée déclencher un mouvement de répulsion et de défense, court-circuite toute mentalisation, toute pensée », et qu'elle est encore plus inefficace lorsqu'il s'agit, comme dans la prévention des consommations de substances psychoactives, de dissuader des gestes ne comportant aucun danger immédiat et au contraire, procurant un plaisir immédiat à leurs auteurs. Prenant l'exemple des spots de la prévention routière projetant des horreurs sanguinolentes, Philippe Lecorps [9] fait remarquer que l'approche par la peur « sous-estime la capacité des humains à échapper à l'information qui les dérange ». En effet, « lorsque les dangers paraissent d'une insupportable gravité, on voit surgir des mécanismes de défense, voire de refoulement. » P. Lecorps évoque le concept de « réduction psychologique

d'une complexité ingérable » de Niklas Luhmann, qui rend compte des « manœuvres psychiques plus ou moins conscientes qui amènent le sujet à sélectionner dans le discours de l'autre les éléments lui permettant de continuer à vivre sa vie sans trop de bouleversements ». Parmi ces mécanismes de défense [10], on peut citer :

- la régression ou l'infantilisation (qui se traduisent par un refuge dans des attitudes infantiles par rapport au contenu de la menace),
- l'annulation, le déni ou la négation (qui se traduisent par l'écartement ou le rejet du contenu de la menace),
- la transformation en contraire (qui se traduit par une attitude consistant à prendre le contre-pied de l'injonction reçue).

Il faut souligner qu'il ne s'agit pas là de mécanismes *a priori* négatifs. Ce sont des mécanismes adaptatifs qui répondent au besoin de l'organisme de maintenir son homéostasie, afin de pouvoir durer. Sur le plan psychologique, comme sur le plan physiologique, les modifications ne peuvent être ni trop fréquentes, ni trop massives, au risque de mettre en péril l'intégrité de l'individu. On devine ici l'importance des ressources du moi, ou de celles à mettre à sa disposition, pour limiter les effets potentiels d'un message perçu comme intrusif ou menaçant. Dans ce sens, de nombreux auteurs [11] préconisent d'associer à tout message déclenchant la peur une proposition d'accompagnement vers l'adoption de comportements favorables à la santé. Ces propositions peuvent prendre diverses formes, de la plus anonyme, voire virtuelle (numéro vert) à la plus soutenante (prise en charge thérapeutique).

LA PEUR DANS LA DEMANDE DES ADOLESCENTS

Que faire, alors, de la demande du public, notamment des adolescents, qui apparaît souvent centrée sur l'attente de messages choquants ?

La plupart des professionnels de la prévention pensent qu'il est acceptable d'utiliser la peur pour s'adresser à des adolescents ou à de jeunes adultes, alors que ce serait totalement inacceptable pour d'autres publics. Par exemple, ils sont prêts à montrer des images de chirurgie de la gorge à des lycéens pour les dégoûter du tabac, alors qu'ils n'utiliseraient jamais des images de chirurgie du sein pour convaincre des femmes de 50 à 70 ans de subir des mammographies. Il est vrai que, vis-à-vis de l'imagerie publicitaire mise en œuvre dans les campagnes de prévention, la majorité des adolescents, filles et garçons, expriment un certain désenchantement. Jugées pas assez réalistes, pas assez choquantes, pas assez explicites, ces campagnes, le plus souvent réduites, dans le discours des adolescents, aux spots télévisés et aux affiches, ne semblent pas correspondre aux souhaits et aux attentes du public jeune. Ces souhaits et ces attentes tournent principalement autour de messages «durs», «directs», «frappants». Il s'agirait selon eux de «faire peur», d'«oser», d'«impressionner», de «montrer des malades ou des blessés», de «montrer le pire», etc. On retrouve d'ailleurs ces aspects dans les réalisations des adolescents invités à élaborer eux-mêmes des affiches ou d'autres outils de prévention : le sang et la mort y sont presque toujours représentés, la souffrance et le remords liés à l'adoption de tel ou tel comportement sont souvent exprimés ou sous-jacents. Ces représentations sont le témoignage de la morbidité qui est l'une des caractéristiques des

adolescents, confrontés, par les mutations qu'ils traversent, à la succession des générations, à la non-permanence de la vie et à leur propre mortalité. Si l'on ne peut que reconnaître l'existence de ces tendances morbides normales chez les adolescents, doit-on pour autant s'appuyer sur ces tendances pour évoquer avec eux leur projet de vie en termes de santé et de relation à l'autre ?

A l'instar de Serge Tisseron [12], ne convient-il pas de se demander de quelles violences à la fois réelles et indicibles souffrent tellement d'adolescents, pour qu'il leur soit si important de chercher leur ration quotidienne d'images violentes, ou tout au moins de l'accepter comme une vision du monde allant de soi ? Ne pourrait-on pas s'appuyer sur d'autres composantes naturelles de la personnalité des adolescents, telles que leur sens de l'humour et de la dérision, leur goût pour les rencontres insolites, leur ouverture aux expériences nouvelles, l'importance qu'ils accordent à leur apparence physique et à leurs capacités de séduction, leur appétit de savoir sur le monde et de connaissance d'eux-mêmes ? Les sources d'inspiration ne manquent pas.

Comment peut-on interpréter l'autre demande des adolescents, qui est de pouvoir rencontrer des personnes atteintes, demande qu'ils formulent souvent lors des actions de prévention du sida ou de la toxicomanie ?

On peut avancer principalement deux explications à cela : d'un côté, on trouverait des adolescents qui se percevraient comme invulnérables, et qui trouveraient dans la confrontation à des situations ou des vécus dramatiques, donc très éloignés de leur univers personnel et quotidien, une possibilité de se percevoir comme radicalement différents des personnes impliquées, et donc de renforcer leur sentiment d'invulnérabilité : «cela n'arrive qu'aux autres», «cela ne m'arrivera pas à moi». De l'autre côté,

on trouverait des adolescents qui ressentiraient le besoin de participer plus intimement au drame qui se joue, de partager une détresse ou une souffrance dont ils peinent à imaginer la profondeur. En dépit de la volonté de partage et de la compassion, souvent sincères, qui s'expriment, n'est-on pas à nouveau en présence d'une manœuvre inconsciente pour se situer en observateur extérieur du malheur d'autrui, en consolateur plutôt qu'en victime potentielle ?

Il relève de notre responsabilité de professionnels de l'éducation pour la santé, de refuser de répondre aux demandes d'une partie du public telles qu'elles apparaissent dans des sondages d'opinion, si nous pensons, d'une part, que ces sondages ne font qu'effleurer la réalité qu'ils abordent, d'autre part, que satisfaire à ces demandes serait inadapté, inefficace, voire dangereux. Les nombreuses études sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide à l'adolescence l'ont maintes fois montré : ce que l'on pourrait appeler « l'appel du gouffre » existe toujours chez les adolescents. Prenons garde à ne pas éveiller, susciter, voire provoquer l'attirance des adolescents pour les comportements interdits parce que dangereux, pour la peur comme sensation assimilée au grand frisson que l'on recherche, pour le plaisir lié au pari sur le hasard, au défi et au vertige, pour l'héroïsme, voire le sacrifice. Prenons garde à ne pas leur présenter des messages ou des images de violence où ils auraient envie de se projeter, au lieu de chercher à les éviter.

LA PEUR DE L'AUTRE

En tant que professionnels impliqués dans la santé de nos concitoyens, sous prétexte du « droit à l'information » de chacun, nous sommes constamment soumis à des pressions pour oser : oser dire, oser montrer, oser faire peur, ne pas être frileux ou timorés... S'agit-il

vraiment de cela ? Soumis à la dictature de l'objectivable, ne sommes-nous pas encouragés à laisser de côté notre sens clinique, notre intuition, pour mettre en place un dispositif simple : un stimulus effrayant (menace verbale, image terrifiante), qui entraîne une réponse de peur immédiatement perceptible, voire mesurable (par l'évaluation de l'« intention de changer de comportement » par exemple) ? Soumis à la pression des démarches qualité nous enjoignant à toujours « mieux faire », ne sommes-nous pas tentés de rejeter ce que l'humanité de l'autre, affaibli par la maladie ou la souffrance, nous renvoie de notre propre angoisse de mort, de notre propre impuissance à le soulager ? Il convient de reconnaître le rôle défensif de l'utilisation de la peur en éducation pour la santé par les soignants, de manière à donner à ces derniers une chance de trouver d'autres modes d'approche et d'interaction avec le patient.

Comme le rappelle fort justement André Ruffiot [13], « n'oublions pas que la peur et la haine sont sœurs jumelles », et qu'en misant sur la première, nous nous exposons à libérer aussi la seconde. Sommes-nous prêts à en prendre le risque, pour gagner en visibilité et en impact à court terme ? La question, de toute évidence, reste posée.

Christine Ferron,

psychologue, Directrice adjointe de l'Hôpital de jour pour adolescents Montsouris, CEREP

REFERENCES

- 1 Chouanière-Briançon D. « Réflexion sur éthique et éducation pour la santé ». Enseignement dans le cadre du DU de santé publique de l'École de santé publique de Nancy, document non publié, 1990.
- 2 Develay M. « A propos de l'éducation du patient ». L'éducation du patient au

secours de la médecine, Paris : PUF, 2000.

- 3 Hastings G., Mc Fadyen L. « The limitations of fear messages ». *Tobacco Control*, 11, 2002.
- 4 Devise hippocratique basée sur le principe de bienfaisance
- 5 Leventhal H. « Fear appeals and persuasion : the differentiation of a motivational construct ». *American Journal of Public Health*, 61, 1971.
- 6 Leventhal H. « Findings and theory in the study of fear communications ». *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 1970.
- 7 Hale J. L. & Dillard J. P. « Too much, too little, or just right : the role of fear in message design. ». *Designing health messages : perspectives from communication theory and public health*, Newbury Park : Sage, 1995.
- 8 Sous la direction de Morel A., *Prévenir les toxicomanies*. Paris : Dunod, 2000.
- 9 Lecorps P. « Ma santé, c'est aussi celle des autres ». *Le Bloc-Notes*, Juin 2001.
- 10 Freud A. *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris ; PUF, 1970.
- 11 Block L. G. & Keller P. A. « When to accentuate the negative : the effects of perceived efficacy and message framing on intentions to perform a health related behavior ». *Journal of Marketing Research*, 32, 1995.
- Keller P. A. & Block L.G. « Increasing the persuasiveness of fear appeals : the effect of arousal and elaboration ». *Journal of Consumer Research*, 22, 1996.
- Witte K. & Allen M. « A meta-analysis of fear appeals : implication for effective public health campaigns ». *Health Education and Behavior*, 27, 2000.
- 12 Tisseron S., *Enfants sous influence : les écrans rendent-ils les jeunes violents ?* Paris : Amand Colin, 2002.
- 13 Sous la direction de Ruffiot A. *Psychologie du sida : approches psychanalytiques, psychosomatiques et socio-éthiques*. Liège – Bruxelles : Pierre Mardaga, 1989.

Cas Clinique

Faut-il parler d'un succès de la pompe

Madame B, âgée de 26 ans consulte dans le service en octobre 2000. Elle a depuis 6 ans un diabète de type 1, et vient pour désir de grossesse. Dans son discours, depuis un an avec son diabétologue " elle n'arrive pas à équilibrer suffisamment le diabète ". Nous sommes en 2000 et son schéma associe deux NPH, un analogue rapide matin et soir et une rapide à midi. Avec ce schéma son carnet, un peu pauvre, montre des glycémies extrêmement variables de l'hypoglycémie à l'hyperglycémie ; son HbA1c est à 10,5 %.

Après avoir mis en place une intensification de l'autosurveillance, il est décidé d'une hospitalisation pour renforcement éducatif. Deux mois plus tard au moment de l'entrée en unité d'éducation le taux de HbA1c a diminué de un point à 9,5 %. Les objectifs éducatifs définis lors de cette hospitalisation sont :

- restructurée l'alimentation, celle-ci étant complètement anarchique sans véritable repas,
- après passage au tout analogue rapide : adapter les doses d'insuline prandiale aux apports et à la glycémie d'avant repas, de l'insulinothérapie fonctionnelle avant l'heure.

En mars 2001, deux mois après le séjour éducatif, les résultats sont

encourageant. Mme B réalise au moins 4 contrôles par jour, adapte mieux ses doses d'insuline et les excursions glycémiques sont nettement moins importantes. Le taux de HbA1c est descendu à 7,9 %. Après ce premier résultat, les choses stagnent, en particulier l'HbA1c ne s'améliore pas sur les 6 mois suivants. La patiente semble faire de son mieux, les glycémies sont en rapport avec le taux de HbA1c et l'on n'arrive pas à progresser. Dans ce contexte, avec l'impression d'être dans une impasse, il est décidé de proposer la mise en route d'une insulinothérapie par pompe sous cutanée.

La patiente avait déjà bénéficié d'une pompe au début de sa maladie diabétique. La réaction est immédiate: " A ça, non jamais ! ". Puis au fil des consultations, en l'absence de progression des résultats, nous en reparlons, et avec beaucoup de réticence, Mme B accepte, mais visiblement à contre cœur et uniquement pour préparer, puis mener la grossesse.

Donc, ré-hospitalisation, en octobre 2001. La mise en route de la pompe ne pose aucun problème technique, l'équilibre glycémique est rapidement atteint dès l'initialisation. L'acceptation semble correcte au cours du séjour à l'hôpital, mais avec un soutien très fort de l'équipe soignante.

Comme pour toute mise sous pompe, une consultation téléphonique est faite dans la semaine qui suit la sortie. Ouf ! Tout va bien, les glycémies sont bonnes, et un certain modus vivendi semble s'installer avec la pompe.

Nous sommes à J15 de la mise en route de la pompe. Mm B vient en consultation. Elle rentre dans le cabinet. :

- " Comment ça va ? "
- " Tout va bien. "
- " Et les glycémies ? "
- " Elles sont parfaites ! "

Voilà, c'est gagné, puisque cela va bien, nous allons arriver à mener cette grossesse dans les meilleures conditions possibles. Et je m'entends dire :

- " Et bien vous voyiez, vous y arrivez, grâce à la pompe, vous aller pouvoir gagner ce qu'il manquait pour un équilibre glycémique permettant de faire une grossesse dans les meilleures conditions possibles ".

Et là, mon monde de soignant si pétri de certitudes s'effondre, car sur de son coup de théâtre, Mme B affiche un sourire splendide, plonge sa main dans son sac et pose sur la table LA POMPE et me dit :

- " Non, décidément, ce truc n'est pas pour moi, j'ai repris mes injections ! "

Dans le carnet les glycémies sont effectivement dans les objectifs fixés. Il ne me reste plus qu'à m'incliner et convenir avec elle, que nous ferions du mieux possible, mais sans pompe.

Deux mois plus tard le taux de HbA1c est à 7,2 %, puis, à la consultation suivante, à 6,1 % !

Une grossesse démarre en février 2002, les taux de HbA1c évoluent entre 5,8 et 6,1 %, et 9 mois plus tard né Briec, 2670 g.

Je me dis alors, bon maintenant, il va falloir gérer la remontée des glycémies. Pas du tout, et en 2004, née Sandra, 3490 g.

Mme B me dit, voilà, c'est bon j'ai deux enfants, je n'en veux pas d'autres. Le dernier taux de HbA1c d'août 2005 est à 7,5 %....

Faut-il parler d'un succès de la pompe? Cette expérience de quelques jours sous pompe a permis un déclin, à lever des barrières, que, nous soignants, n'avons pas identifiées. N'oublions pas que la pompe ne reste qu'un outil. Les résultats obtenus, comme sous tous les schémas d'insuline, à quelques exceptions près, dépendent essentiellement du degré d'acceptation du patient, de sa capacité à faire et de l'appropriation qu'il se fait des outils qu'on lui propose. Ici visiblement, le rejet aigu de l'outil pompe, a entraîné une implication suffisante dans le traitement par injections et tout ce qui l'accompagne, pour permettre d'améliorer spectaculairement l'équilibre glycémique, alors que l'on avait l'impression d'être arrivé au bout de ce que l'on pouvait faire avec des multi-injections. Enfin, il y avait un projet de grossesse, moment béni pour l'équilibre glycémique, chez la femme. Voyons voir ce qu'il va advenir de cet équilibre, chez Mme B, maintenant, que cette motivation n'existe plus.

H. Mosnier-Pudar

Hôpital Cochin - Paris

Journée du Congrès DELF 3 Février 2006

Quelles différences de représentations sociales de médecins en formation post-graduée à l'égard de patients de différente culture ?

Dans la pratique clinique, l'éducation du patient exige du médecin des compétences de communication (Sommer et coll. 2005). Outre les compétences de contenu (que dit-on ?) et de technique (comment le dit-on ?), la communication médecin-patient exige également des compétences perceptuelles, qui comprennent entre autre les attitudes du médecin par rapport au patient, la prise de conscience des émotions et des pensées qui se forgent à propos du patient (Silverman et coll., 2005). Pour étudier ces aspects, nous avons dans le cadre de cette recherche travaillé avec le cadre des représentations sociales. Ces dernières sont définies comme « des concepts, des explications dont l'origine se situe dans le cours des communications interindividuelles quotidiennes » (Moscovici, 1981).

Pour donner du sens à la réalité sociale, les individus cherchent à se la représenter. Le processus de représentation exige de l'individu de simplifier et transformer cette réalité sur la base de leur connaissance antérieure. La réalité est pour ainsi dire décryptée au moyen de lunettes qui servent de

grilles de lecture aux individus. Plus concrètement, appliqué au domaine de la réalité clinique qui est de nature complexe, cette étude vise à analyser les représentations sociales que le groupe professionnel des médecins se forge à l'égard de patients migrants, reconnus comme posant souvent des difficultés au médecin (Archinard, 1996).

Dans le domaine de la formation d'adulte, les représentations sociales des apprenants constituent une base solide pour développer une formation de qualité (Albertini et Dussault, 1984). Au vu des lacunes dans la formation en communication médecin-patient migrant (OFSP, 2002) en Suisse, l'objectif de cette recherche a pour objectif de donner un portrait plus précis des médecins en formation post-graduée.

Vingt-huit médecins en formation post-graduée ont participé à l'étude sur base volontaire. Ils ont rencontré deux patients standardisés (un suisse et un kosovar) afin de pouvoir comparer les résultats obtenus. Le choix de travailler avec un patient d'origine kosovare est

délibéré, puisqu'il correspond à la réalité actuelle d'immigration en Suisse, les personnes kosovares étant nombreuses parmi les nouveaux immigrants en Suisse. De plus, les soignants sont encore peu familiarisés à soigner les immigrants de ce pays.

Les deux patients standardisés de l'étude ont été formés afin qu'ils jouent un scénario équivalent sur les problèmes biomédicaux exposés, sur leur situation psychosociale, sur leur attitude face à la maladie chronique et sur leur comportement de communication avec le médecin. Les scénarios des deux patients différaient en partie sur leur appartenance culturelle, sur leur statut juridique en Suisse et sur leur degré de maîtrise de la langue française.

Nous avons filmé les entretiens médicaux et environ une semaine après, nous avons effectué un rappel stimulé. Cette méthode de recueil des données consiste à visionner les entretiens médicaux pratiqués par le médecin interrogé et ce dernier donne ses commentaires sur la façon dont il perçoit les deux patients.

Les résultats montrent que les médecins en formation post-graduée diffèrent dans les représentations sociales qu'ils se font des patients de différentes cultures. Premièrement, la culture est une dimension importante pour se représenter le patient kosovar, ce qui n'est pas le cas pour le patient suisse. Lié au fait que le patient est d'une autre culture, son manque d'éducation est particulièrement relevé par les médecins.

En ce qui concerne les représentations à l'égard de l'attitude du patient face à la maladie chronique, les médecins relèvent la passivité du patient kosovar dans l'acceptation de la maladie, contrairement au patient suisse qui est perçu comme actif. Ce dernier point qui nous intéresse tout particulièrement, dénote une différence de représentation des patients sur ce point mais éga-

lement une transformation importante de la réalité, puisque les deux patients jouaient tout deux la même attitude sur ce plan, à savoir un patient actif dans le processus d'acceptation de la maladie.

En conclusion, nous relèverons deux faits. Premièrement, les médecins parlent de la culture seulement quand ils cherchent à se représenter un individu qui n'est pas de la leur. Comme si la culture est un bon concept pour les autres... cette position que nous pouvons juger d'ethnocentrique est très souvent observée dans la littérature et repose la question de la décentration du professionnel par rapport à sa propre culture.

Deuxièmement, le fait d'être actif dans le processus d'acceptation de la maladie est moins reconnu pour le patient kosovar que le patient suisse. Cette différence de reconnaissance peut être le résultat de plusieurs facteurs biaisant la vision des médecins. Nous en soulèverons un seul. Les médecins pourraient être moins sensibles et moins sensibilisés à la façon d'exprimer l'attitude active dans le processus d'acceptation de la maladie par le patient kosovar.

Ainsi, ce comportement des professionnels de la santé serait une illustration de leur manque de décentration par rapport à certains panels de comportements et attitudes des patients d'autre culture. Il donnerait également un constat sur la formation des médecins en formation post-graduée... mais se décentrer s'apprend !

BIBLIOGRAPHIE:

- Albertini, J.-M. et Dussault, G. (1984). Représentation et initiation scientifique et technique. In C. Belisle et B. Schiele (Eds.) *Les savoirs dans les pratiques quotidiennes: recherches sur les représentations* (pp.304-320). Paris: CNRS.
- Archinard, M. (1996). « Quand la relation

médecin-malade est difficile ...mais pas désespérée », *Médecine et Hygiène*, 54E, 2036-2038.

Moscovici, S. (1981). On social representations. In J.P. Forgas (Ed.). *Social cognition: Perspectives on everyday understanding* (pp.78-101). London: Academic Press.

Office Fédéral de la Santé Publique (2002). Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006. Berne: OFSP.

Silverman, J., Kurtz, S. et Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. San Francisco: Radcliffe publishing.

Sommer, J., Gache, P. et Golay, A. (2005). L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. In Cl. Richard et M.-Th. Lussier (Eds.). *La communication professionnelle en santé* (pp.655-693). Saint-Laurent: Erpi.

Carine Layat,
UDREM, Faculté de Médecine,
Université de Genève, Suisse
carine.layat@medecine.unige.ch

Prise en charge des patients migrants

Dans le travail au quotidien à l'hôpital, chacun constate combien la communication entre les professionnels de santé et les patients migrants est parfois difficile et compliquée, non seulement en raison des barrières de langage, mais aussi à cause des incompréhensions culturelles.

Le travail des soignants s'appuie sur des présupposés culturels implicites qui ne correspondent pas toujours avec les attentes des patients migrants. Ces patients ont souvent des conceptions de la santé et de la maladie très différentes, avec des valeurs et des croyances singulières concernant les soins et ne sont souvent pas familiers du système de santé français.

De même, les attentes des patients migrants peuvent ne pas être comprises par les soignants. Ces incompréhensions créent des obstacles aux soins. A partir de la description du modèle transculturel, nous ferons des propositions pour dépasser ces difficultés, en particulier à partir de la notion de compétence culturelle.

Benoit Dutray

Psychiatre,

Service de Psychopathologie de l'Enfant

et de l'Adolescent du Pr Moro

APHP, Hôpital Avicenne

Vie des Congrès

8èmes ENTRETIENS DE NUTRITION

de l'Institut Pasteur de Lille

les 8 et 9 Juin 2006 sur les thèmes :

- **Produits laitiers** : actualités le 8 juin 2006
- **Os et nutrition** : quoi de neuf ? le 9 juin 2006

Responsable scientifique :

Docteur Jean-Michel LECERF- Service de Nutrition- *Institut Pasteur de Lille*

Organisation :

Virginie Houche

Tel : 03 20 87 78 15 Fax : 03 20 87 72 96

E mail : virginie.houche@pasteur-lille.fr

Programme détaillé sur le site : www.pasteur-lille.fr

NOTES

Bulletin d'abonnement à Diabète Education et inscription au DELF

**INSCRIVEZ-VOUS,
ET VOUS SEREZ ABONNÉ !**



Photocopier et découpez suivant les pointillés, pliez suivant le tireté et glissez le coupon dans une enveloppe longue à fenêtre.

INSCRIPTION AU GROUPE "DIABÈTE ÉDUCATION DE LANGUE FRANÇAISE"

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

Inscription pour l'année 2006 - Droit d'inscription : 20,00 Euros

Ces droits permettent d'être membres du DELF et de recevoir le journal "Diabète Éducation"

Libellez votre chèque à l'ordre de "Diabète Éducation de Langue Française"

Souhaitez-vous un justificatif ? oui non

NOM : _____ et/ou tampon :

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Plier suivant le tireté

Adresser à :

Profession :

Médecin

Infirmière

Diététicienne

Psychologue

Autre

Activité(s) :

Hospitalière

Libérale

Madame Helen MOSNIER PUDAR
Sce Maladies Endocrines et Métaboliques
Hôpital COCHIN
27 rue du Fb St Jacques
75679 PARIS Cedex 14

