



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 11 - N° 1
2001

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

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

Éditorial

Le DESG de Langue Française confirme sa maturité

La petite association du DESG de Langue française créée en 1989 par une quinzaine de diabétologues intéressés par l'acte thérapeutique d'éducation, la formation des soignants et la pédagogie est devenue grande. Elle a pris beaucoup d'expansion avec la création des groupes régionaux en 1993 intéressant médicaux et paramédicaux dans des actions de terrain éducatives et de formations de soignants. A son adolescence, elle a organisé conjointement avec l'Alfédiem un congrès annuel simultané. Ces congrès ont toujours eu une large audience diabétologique multidisciplinaire comme en témoignaient les amphithéâtres pleins tout au long des conférences. Avec l'arrivée du 3^e millénaire, le DESG a souhaité prouver sa maturité, a pris son envol et a décidé d'organiser, contre vents et marées, son congrès annuel de façon autonome. Ainsi est né le projet de Santé éducation Paris 2001 qui a eu lieu le 19/01/2001.

Bien qu'annoncé tardivement en novembre 2000, ce congrès a emporté un vif succès et dès 8 heures du matin un raz de marée de participants inscrits ou non encore inscrits a déferlé sur l'accueil; avec sourire et calme les organisateurs et les hôtes ont essayé de répondre à la demande. Dès le début des séances à 9 heures du matin, l'amphithéâtre était plein et n'a pas désempli de la journée jusque la fermeture du congrès vers 17h30! La présence massive et assidue des inscrits montre l'actualité et l'intérêt continu des participants pour l'ensemble des thèmes abordés (l'éducation des patients au cœur des réseaux, la vie du DESG, éducation et pédiatrie, croyances et éducation des patients). Les présidents de séance et les orateurs ont su intéresser leur public, faciliter les questions, gérer des débats parfois très animés entre professionnels de santé de discipline différentes. ➔

Le bureau du DESG

- Président : Serge HALIMI (Hôpital Nord, GRENOBLE)
- Vice-Président : Jean-Louis GRENIER (Hôpital V.Provo, ROUBAIX)
- Vice-Présidents adj. : Ghislaine HOCHBERG (Paris)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)
- Secrétaire générale : Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, PARIS)
- Secr. général adjoint : Simone JEAN (Hôpital St-Joseph, PARIS)
- Trésorier : Jean-Michel RACE (Hôpital Sud, AMIENS)
- Présidents d'honneur : Paul VALENSI (Hôpital J.Verdier, BONDY)
Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu, PARIS)
- Responsable du Journal Diabète Éducation : Guillaume CHARPENTIER
(Hôpital Gilles de Corbeil - CORBEIL ESSONNES)
- Responsables des Groupes Régionaux : Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud RENNES)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)
- Responsable de la Formation des formateurs : Judith CHWALOW (Hôtel-Dieu, PARIS)

SOMMAIRE

- **ÉDITO**
 - Le DESG de Langue Française, confirme sa maturité 1
(G. HOCHBERG)
- **VU POUR VOUS**
 - Intérêt du thermalisme dans les maladies métaboliques 2
(J. PASCALIN)
- **DIABÈTE ET PÉDAGOGIE**
 - Enquête sur l'éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999 : une analyse centrée sur les pratiques en diabétologie 4
(C. FOURNIER)
- **DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE**
 - La prise en compte des particularités des diabétiques 8
(M. RODDIER - X. DEBUSSCHE)
- **À PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES**
 - Apprendre à gérer son stress 14
(L. CHNEIWEISS)
- **ÉTUDE DE CAS**
 - « Laissez-moi gérer mon diabète » 17
(L. COHEN)
- **LA VIE DU DESG**
 - Curriculum Vitae du DESG Centre 18

Le DESG de langue française remercie :

**I' INSTITUT SERVIER
DU DIABÈTE,**

LES LABORATOIRES :

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

de leur collaboration et de leur soutien

Ce congrès a ainsi réuni 475 participants de toute la France et quelques participants européens ou suisses, dont moins de 20% étaient membres du DESG de Langue Française (127 médecins (27%), 260 infirmiers (54%), 31 diététiciens (7%), 57 autres professions (12%) : pharmaciens, psychologues, représentants d'association de patients, d'association de formation, des caisses maladies et des institutions, représentants ou délégués médicaux. Cette journée a donc rassemblé des professionnels de santé de tous horizons et de discipline très variées ce qui a concouru à la richesse des échanges.

Le congrès s'est déroulé à l'Institut Pasteur dans un cadre agréable dans un grand auditorium confortable et proposant toutes les techniques modernes de conférence et de projection avec un

grand hall d'exposition pour les laboratoires partenaires que nous remercions, ici, pour leur aide financière et la confiance qu'ils ont eue en ce projet. (Aventis, Bayer Classics, Becton-Dickinson, Lifescan, Lilly France, Medisense, Menarini, Novo Nordisk, Roche Diagnostics, Servier). Cette journée de congrès s'est déroulée dans une ambiance détendue et de satisfaction de tous : experts, présidents de séance, participants, exposants, organisateurs.

Le DESG a un auditoire de professionnels de santé intéressés par l'éducation de disciplines variées, il vole actuellement de ses propres ailes et organisera désormais un congrès annuel autour de l'éducation des patients et de la formation des soignants.

G. HOCHBERG - Paris

VU POUR VOUS

Intérêt du thermalisme dans les maladies métaboliques

L'utilisation thérapeutique des eaux minérales dans les maladies métaboliques (diabète, hypercholestérolémie, obésités, goutte) prête à discussion, car le corps médical est réservé en raison d'une formation insuffisante en hydrologie sur les bancs de la Faculté et du choix d'autres traitements plus spécifiques. D'autre part, les résultats d'une cure sont difficiles à apprécier du fait de la subjectivité des enquêtes.

Et pourtant de nombreuses expériences réalisées sur l'animal entier, les organes isolés ou chez l'homme permettent d'associer les pratiques thermales au traitement des maladies métaboliques, en expliquant leurs modes d'action.

Les stations reconnues sont également spécialisées en pathologie digestive ou urinaire. Leurs eaux ont la particularité d'être riches en calcium, mais il n'y a pas que la qualité des eaux qui joue. Il faut retenir aussi le rôle des structures d'accueil dans les stations bien organisées, comme Brides, Capvern, Contrexéville, Eugénie, Evian, Vals, Vichy, Vittel... et également les possibilités de l'environnement.

La technique la plus utilisée est la cure de boisson : l'eau est prise de façon fractionnée et progressive à la buvette, à l'émergence même de la source. Les minéraux agissent sur les éléments moteurs et sécrétoires du tube digestif, du foie et du pancréas. On associe à la cure de boisson l'hydrothérapie externe (bains, douches, massages). Il faut remarquer l'implantation croissante d'une démarche diététique personnalisée mobilisant les médecins, les diététiciennes et les restaurateurs, et la mise en pratique d'exercices physiques adaptés.

La station de Vals-les-Bains est à ce titre exemplaire. Elle possède un centre hospitalier spécialisé destiné aux diabétiques qui bénéficient d'un personnel médical et soignant remarquable, bien équipé en laboratoires d'analyses et de recherches. Les travaux ont montré que l'eau bicarbonate sodique induit une sécrétion d'insuline plus rapide et plus efficace chez les diabétiques non insulino dépendants, améliorant la tolérance glucidique et réduisant l'insulino-résistance. Elle agit également au plan périphérique sur les récepteurs membranaires, en améliorant l'efficacité de l'insuline injectée

chez les diabétiques insulino-dépendants. Cette action originale explique la diminution des besoins en antidiabétiques oraux et des doses d'insuline. Le traitement thermal agit également sur les facteurs aggravants comme l'obésité, la sédentarité et sur les complications dégénératives comme les vasculopathies et les neuropathies. Ainsi, comme le souligne André Alland, "le thermalisme à Vals-les-Bains représente une prise en charge globale du diabète, à la fois préventive, éducatrice et dynamique".

Un autre exemple concerne les hypercholestérolémies : nous avons démontré que l'eau sulfatée calcique et magnésienne de Capvern améliorerait le taux de cholestérol de façon significative dans le groupe cure par rapport au groupe témoins, de même que Louvet à Aulus-les-Bains.

Au total, l'intérêt du thermalisme dans les maladies métaboliques est indiscutable dans le cadre d'une politique globale de santé. En effet, les maladies de la civilisation sont en progression et la place du thermalisme doit être respectée dans la lutte contre ce fléau. Il représente en particulier un lieu privilégié pour l'éducation diététique, physique et thérapeutique et pour la réhabilitation socio culturelle.

Jean Paccalin - Bordeaux

Le Centre Hospitalier spécialisé Paul Ribeyre vu de l'intérieur (Vals-les-Bains)

SEMM (Cabriès)*

GNOTHI SEAUTON

Delphes n'est plus. Apollon a rejoint les vieilles lunes. Socrate est mort et pourtant son "Connais-toi, toi-même" devrait être la devise de base à faire comprendre, appréhender ou saisir, ad libitum, à tout diabétique, quel qu'il soit ! Et si la fréquentation prolongée de sa maladie lui permet en général de progresser dans cette voie, l'intervention extérieure d'hommes de l'art est néanmoins d'une aide précieuse. Diabétique insulino dépendant depuis l'âge de quarante ans, c'est ce type d'intervention que j'ai enfin découvert dans les années 80, alors que j'étais en cinquantaine, au Centre Hospitalier Spécialisé Paul Ribeyre à Vals les Bains où je suis depuis retourné très régulièrement, pour ma "cure" annuelle.

Un peu d'histoire

La tradition thermale de Vals les Bains remonte au début du XVII^{ème} siècle et on sait que la Marquise de Sévigné, comme Jean-Jacques Rousseau, y ont "pris les eaux". C'est en 1947, sous l'impulsion de Paul Ribeyre, député maire de Vals, et du Docteur Maurice Uzan que la station se spécialise dans le traitement du diabète et des maladies de la nutrition. L'ouverture en 1955 d'un Centre de Diabétologie de 120 lits marque un tournant important puisqu'il s'agit du premier Hôpital Thermal où sera assurée une continuité entre les soins médicaux et les prestations thermales. Depuis, de multiples réalisations ont été programmées, visant à améliorer les soins mais aussi la formation et l'éducation du patient.

La structure actuelle

Le Centre Paul Ribeyre compte aujourd'hui un service de 20 lits de court séjour qui répond aux besoins de proximité et trois services totalisant 120 lits de moyen séjour (dont 30 de cure thermale avec hospitalisation) qui assurent la continuité des soins par une prise en charge adaptée pour une meilleure réinsertion du patient dans son milieu de vie habituel. Les chambres et les différentes structures de soins sont réparties dans quatre pavillons implantés sur la pente ouest du "Bois Vert", colline boisée bordant la Volane, avec vue imprenable sur le parc municipal, son casino et sa piscine.

L'offre de soins

Elle est assurée par une vingtaine de médecins et 277 agents hospitaliers.

Les soins quotidiens sont dispensés, dans chaque pavillon, par une équipe infirmière expérimentée (contrôle de glycémie, injection d'insuline, etc.) dans la salle de soins. La pesée hebdomadaire est effectuée par la diététicienne.

Outre les infirmeries et salles de soins, chaque pavillon est pourvu de cabinets médicaux où siège le médecin chef de service et son interne directement en charge du suivi des patients qu'ils rencontrent à l'entrée, puis, pendant leur hospitalisation, deux fois par semaine lors d'une "grande visite" de

l'ensemble des chambres : à cette occasion on procède, éventuellement, au réajustement du traitement après entente entre les trois parties concernées (médecin, patient et diététicien).

Par ailleurs, des praticiens de différentes spécialités (ophtalmologie, cardiologie, gastro entérologie) consultent régulièrement, dans le bâtiment central où un service de radiologie est également à la disposition de l'ensemble des hospitalisés.

Les soins d'un pédicure-podologue, installé à Vals et expérimenté dans le domaine du pied diabétique, peuvent être prodigués sur demande.

L'établissement thermal voisin est à la disposition des patients, de la mi-janvier à la mi-décembre. Depuis le 1^{er} janvier 2000; les différentes prestations utilisant les propriétés thérapeutiques de l'eau de Vals (massages, douche au jet, bain carbo-gazeux, etc.) y sont accessibles aux diabétiques hospitalisés bénéficiant d'une prise en charge "cure thermale avec hospitalisation" et bien sûr également en cure ambulatoire.

Des séances d'activité physique dans le cadre du programme "Actimed" sont proposées aux patients, également sur prescription et surveillance médicales. Une activité physique "libre" est toujours conseillée utilisant des itinéraires fléchés qui permettent aux randonneurs de faire d'agréables promenades sur terrain plat ou dans les collines avoisinantes.

Enfin, des groupes de paroles, animés par la psychologue du Centre, sont organisés trois jours par semaine. Leur but est de donner l'occasion aux diabétiques qui le souhaitent de se rencontrer pour réfléchir sur différents thèmes concernant le corps et la santé.

L'éducation

Des salles d'éducation sont présentes dans trois des quatre pavillons. Elles sont utilisées pour réunir les patients autour des médecins, des infirmières et/ou des diététiciennes qui dispensent régulièrement un enseignement pratique destiné à améliorer l'auto contrôle de sa glycémie par le diabétique lui même. Une part importante est donnée à l'apprentissage des règles diététiques qui font partie intégrante du traitement du diabète. Dès son arrivée, chaque patient rencontre la diététicienne qui, à partir d'un interrogatoire détaillé, établit un ré-

gime personnalisé, remaniable en cours de séjour en fonction des résultats obtenus. Les petits déjeuners et goûters prescrits peuvent être pris dans les deux réfectoires de chaque pavillon, les déjeuners et dîners sont servis par tables de quatre dans la grande salle à manger du pavillon central. Les repas sont présentés sous forme de plateau correspondant au numéro de chambre. Le Centre dispose également d'une cuisine diététique où les diabétiques peuvent s'entraîner à affiner leur technique culinaire et à composer eux mêmes leur régime pour optimiser leur glycémie tout au long de la journée.

Au total

Cet établissement original fait état de 3200 entrées et 82000 journées d'hospitalisation par an, avec un recrutement qui dépasse largement les frontières du département Ardéchois, concernant même plusieurs pays européens. Il remplit parfaitement ses trois missions principales définies dès sa fondation :

- 1. traiter,
- 2. rééduquer,
- 3. réinsérer.

Un séjour d'un mois dans cette structure, répété chaque année, permet au diabétique insulino dépendant qui a la chance de pouvoir en bénéficier :

- de faire un point précis sur l'évolution de sa maladie : le dossier médical actualisé fait état des événements de l'année passée et permet un "check up" régulier standardisé, essentiel pour cette maladie chronique;

- d'envisager calmement, sur une période assez longue et dans un environnement médical expérimenté, d'éventuelles modifications de son traitement (changement d'insuline ou de posologie...);

- de parfaire ses connaissances diabétologiques, grâce aux différentes séances d'éducation, d'où une plus grande autonomie lors de sa réinsertion dans la vie "civile"...

- sans oublier les bienfaits psychologiques de la convivialité assurée du groupe des habitués qui se retrouvent chaque année à la même période et les bienfaits hydrothérapeutiques de l'eau de Vals dont 115 000 bouteilles sont consommées chaque année au Centre.

Au plan strictement personnel, je ne puis que me féliciter d'avoir découvert le Centre Hospitalier Spécialisé Paul

Ribeyre, après quatorze années de nomadisation d'un généraliste à l'autre qui se contentaient, faute de mieux, de me prescrire des régimes plus ou moins farfelus : l'un me conseillant de ne consommer que des steacks - purée de pommes de terre- salade, l'autre essentiellement du poulet - haricots verts - riz. Mon souvenir le plus burlesque se situe dans un hôpital militaire, que je me garderai bien de nommer et qui d'ailleurs n'existe plus : l'activité de la responsable des repas (était ce une apprentie diététicienne ?) se résumait à me consulter sur mes préférences pour éta-

blir les menus du lendemain. Ayant un faible pour le steak tartare, je dus, dans l'année qui suivit, me débarrasser de quatre tœnias particulièrement accros... Mais aucun de ces médocastres ne me toucha jamais un mot du traitement du diabète.

Tout est bien qui finit bien... J'ai enfin trouvé à Vals de doctes guides dont l'expertise médicale et pédagogique me "ressource" à chaque cure.

* Le contenu de cet article n'engage que son auteur

DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

Enquête sur l'éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999¹ : une analyse centrée sur les pratiques en diabétologie

Communication au congrès Diabète 2000, à Grenoble, Session organisée par le DESG LF, 24 mars 2000

L'enquête menée par la Direction générale de la santé courant 1999 avait pour objectifs :

- * D'établir un état des lieux du développement et des pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français, et de permettre la mesure de l'évolution de ces pratiques au cours des dernières années.

- * De connaître les souhaits et attentes des professionnels de santé, et la faisabilité de certaines actions, dans un but d'aide à la décision.

- * De pouvoir effectuer des comparaisons européennes, à partir des données issues d'enquêtes similaires, en particulier en Communauté Française de Belgique et en Suisse.

La présentation est structurée en trois temps :

- 1. Tout d'abord une description de ce que cette enquête apporte comme informations sur le développement de

l'éducation du patient dans les établissements de santé français ;

- 2. Puis l'étude plus précise de l'organisation des activités d'éducation du patient dans le cas du diabète ;

- 3. Enfin l'examen des possibilités de développement de ces activités pour l'avenir, et quelques pistes de recherche.

Méthodologie

Un tirage au sort de 20 %, stratifié selon les catégories d'établissements², a été effectué parmi l'ensemble des établissements de santé français (hors psychiatrie).

La stratégie d'enquête était similaire dans ses grandes lignes à celle d'autres enquêtes menées en France en 1992³ et en Belgique en 1998⁴.

Elle était fondée sur 2 questionnaires auto-administrés :

- le premier (Q1) s'adressait aux responsables institutionnels et/ou responsables d'éducation du patient à l'échelle

de l'établissement (un questionnaire par établissement) ; Il avait pour but de donner une vision d'ensemble des actions ou programmes d'éducation du patient dans l'établissement, tous services et tous types de pathologies ou "situations" de santé confondus.

- le second (Q2) s'adressait aux professionnels de soins responsables d'activités éducatives dans des situations ou des pathologies ciblées. Son but était de recueillir des informations plus détaillées sur les actions ou programmes d'éducation du patient concernant les maladies chroniques ou situations de santé suivantes : le (s) diabète (s) et les maladies de la nutrition ; des maladies respiratoires (asthme et bronco-pneumopathies chroniques obstructive ; l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires ; la dialyse et la greffe rénale ; les maladies rhumatologiques ; les cancers ; les addictions.

Aucune limite n'était fixée au nombre de Q2 pouvant être remplis dans un même établissement.

Résultats

Taux de réponse

Les questionnaires ont été adressés à 1271 établissements.

Nous avons reçu 356 Q1, ce qui correspond à un taux de réponse de 28 %.

Pour expliquer ce taux faible, il faut préciser que la période d'enquête (vacances de Pâques) et le délai de réponse très court accordé aux établissements ont été défavorables.

D'autre part le taux de réponse est variable en fonction des catégories d'établissements (et c'est probablement un reflet de leur intérêt pour ce sujet) : les établissements qui ont été les plus répondeurs sont les Centres hospitaliers, les Établissements de soins de suite et de réadaptation et les Établissements de

1 Un résumé des principaux résultats de l'enquête, ainsi que le rapport détaillé de cette enquête seront prochainement consultables sur le site internet de la Direction générale de la santé, dans un dossier consacré à l'éducation thérapeutique du patient.

2 Catégories issues de l'annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998, Ministère de l'emploi et de la Solidarité - SESI- FINISS.

3 DECCACHE A, LIBION F, VAN CANGH C, DUMONT J, COLLIGNON JL, BORGS M. Promouvoir la santé dans les milieux de soins et les hôpitaux ? Une enquête en communauté française de Belgique. Actes de la journée scientifique UCL- 1998

4 PALICOT JC. Pratiques éducatives à l'hôpital une enquête nationale p III-V La santé de l'homme N°324 juillet-août 1996.

soins de courte durée. Par contre, le taux de réponse est faible parmi les établissements de soins de longue durée et les centres de soins à domicile.

Les établissements publics ont été plus répondeurs que les établissements privés, (participant au service public hospitalier ou non).

Pour avoir une idée de l'évolution : si l'on ne considère que le secteur public (Centres hospitaliers régionaux, Centres hospitaliers et hôpitaux locaux), le taux de réponse est de 45,6%, et il est significativement plus grand que celui de l'enquête menée en 1992 dans ces établissements (27,5%).

En raison du faible taux de réponse, on ne peut donc pas attendre une représentativité des Établissements de santé français à travers les résultats obtenus par l'intermédiaire du Q1. Il s'agit de données principalement qualitatives, à propos des établissements qui investissent dans l'éducation du patient.

Par contre, les Q2 sont nombreux (1024 Q2 reçus) et apportent des données fiables sur la manière dont sont organisés les programmes d'éducation du patient, lorsque de tels programmes ont été mis en place.

1 - Résultat du questionnaire 1 : l'éducation du patient à l'échelle de l'établissement

Développement de l'éducation du patient dans les établissements

9 % des établissements ont répondu pour dire qu'ils n'avaient aucune action.

13 % ont mis en place une action d'éducation du patient, 9 % en ont 2, 16 % en ont 3, 13 % en ont 4, 6 % en ont 5, 5 % en ont 6, 2 % en ont 7, 3 % en ont 9, 9 % en ont 10 ou plus.

Collaborations méthodologiques, professionnelles ou logistiques

32 % des établissements n'ont pas développé de collaboration, 23 % collaborent avec des associations de patients, 11 % avec un service hospitalier spécialisé, 10 % avec une université, 15 % avec le réseau des comités d'éducation pour la santé (à un niveau national et/ou régional et/ou départemental), 3 % avec une université ou un organisme étranger, et 27 % avec des partenaires "autres" (question ouverte non dépourillée), rubrique dans laquelle on retrouve probablement entre autre l'industrie pharmaceutique.

En ce qui concerne le diabète, des programmes d'éducation du patient diabétique existent dans la quasi-totalité des Centres hospitaliers régionaux et des Centres hospitaliers répondeurs. Ils sont mis en place dans la moitié des Centres de soins de courte durée, des Établissements de soins de suite et de réadaptation et des Hôpitaux locaux.

2 - Résultats du questionnaire 2 : Analyse centrée sur l'éducation du patient dans le cadre du diabète

Remarque préliminaire : les questionnaires portant sur le diabète et les maladies de la nutrition ont été traités de manière indistincte, cependant la proportion de questionnaire portant sur les maladies de la nutrition est négligeable. L'enquête ne permet pas de distinguer les programmes s'adressant à des patients atteints de diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant, mais un dépouillement manuel des questionnaires a montré qu'il s'agissait presque uniquement de la prise en charge du DID.

Caractéristiques principales des programmes d'éducation du patient diabétique

La grande majorité des programmes est continue (87 %).

Ces programmes se déroulent le plus souvent (79 %) dans un service, parfois dans plusieurs services de l'établissement. Ils sont implantés à la fois dans l'établissement et en ville dans seulement 15 % des cas.

27 % des programmes n'ont aucun budget spécifique,

Le plus souvent, ils fonctionnent avec un budget interne au service (60 %), qui atteste dans ce cas de l'intérêt porté aux pratiques éducatives par la direction du service. 26 % des programmes fonctionnent avec un budget privé (probablement issu de l'industrie pharmaceutique, ou de fonds de recherches propres), et 1,5 % avec un budget universitaire.

Public-cible des activités d'éducation des patients diabétiques, et type de suivi

83 % des programmes s'adressent à des adultes (de 18 à 65 ans), 78 % à des personnes âgées de plus de 65 ans, 41 % à des adolescents et 21 % à des enfants.

L'entourage des patients est visé dans 72 % des cas.

En ce qui concerne le type de suivi, 84 % des programmes s'adressent à des patients en hospitalisation complète programmée, 66 % des patients en hospitalisation complète non programmée, 53 % en consultation, 47 % en hospitalisation de jour et 8 % en hospitalisation de nuit.

Ceci atteste de la place grandissante de l'éducation dans la prise en charge des patients.

Intervenants dans les programmes d'éducation du patient diabétique

Deux niveaux d'intervention ont été identifiés : la conception du programme et sa mise en œuvre.

83 % des programmes sont fondés sur des apprentissages pratiques (11 % emploient des méthodes ludiques : il s'agit essentiellement des programmes à destination des enfants).

88 % utilisent des outils pédagogiques (supports écrits (86 %), supports audiovisuels (43 %)). La prise en compte des représentations qu'ont les patients de leur maladie et de leur traitement est importante pour 99 % des responsables des actions d'éducation du patient diabétique. Les représentations sont effectivement explorées dans 79 % des programmes. Dans la majorité de ces programmes, les équipes se sont dotées d'"outils" pour connaître les représentations des patients : il s'agit plus souvent de questionnaires (dans 23 % des programmes) que de guides d'entretien (20%) (p < 0,05).

D'autres outils sont utilisés dans 18 % des cas. 30 % des équipes n'utilisent pas d'outils.

54 % des équipes disposent d'un local spécifiquement réservé à l'éducation des patients.

Organisation des activités éducatives

Pour 40 % des équipes, il n'est pas possible d'estimer le nombre de patients recevant une éducation chaque année ; 19 % des programmes touchent moins de 100 patients, 28 % en touchent 100 à 500, 11 % en touchent 500 à 1000, 2 % touchent plus de 1000 patients par an.

Dans 39 % des cas, l'action éducative est "intégrée aux soins" (c'est à dire liée à la prise en charge dans la durée). Les autres programmes touchent chaque patient une fois (18 %), deux fois (17 %), trois fois (11 %) ou davantage (15 %). ➔

Les durées des interventions éducatives sont extrêmement variables suivant les programmes :

- moins de 1 h dans 15,5 % des cas,
- 1 à 3 heures : 24,5,
- 1 demi-journée : 11,
- 1 journée : 14,
- plusieurs journées : 35.

Évaluation des activités d'éducation du patient en diabétologie

La majorité des équipes (69 %) n'a pas mis en place d'évaluation de ses activités éducatives.

16 % ont réalisé une (des) évaluations, et 15 % ont une évaluation en cours.

L'évaluation subjective qui a été demandée aux responsables des programmes montre que les équipes cherchent à atteindre les objectifs suivants : améliorer chez les patients les connaissances, la collaboration aux soins, les comportements de santé et le suivi du traitement, l'état de santé, la qualité de vie, la motivation et les savoir-faire pratiques. Ceux dont on sait qu'ils sont atteints, donc ceux qui sont "évaluables" sont principalement l'amélioration des savoir-faire pratiques, des connaissances et de la collaboration aux soins (pour plus de 63 % des équipes). Par contre, l'évolution de l'observance, de la motivation, de la qualité de vie et de l'état de santé ne peuvent être évalués.

3- Quelles sont les perspectives de développement de l'éducation du patient dans les établissements français ?

Des freins et moteurs sont identifiés par les professionnels interrogés. Sont considérés comme moteurs par la majorité des responsables institutionnels : les possibilités de collaborations et de travail en équipe, la motivation des collègues, la priorité de l'institution, les possibilités de formation, et la demande du public. Par contre le matériel, le personnel et le temps sont des freins car ils sont le plus souvent insuffisants.

Le point de vue des responsables de programmes est superposable, à la seule différence que la demande du public vient en 2^e position parmi les moteurs identifiés.

Les professionnels des services sont en première ligne dans la conception des programmes (92 %) et dans leur mise en œuvre (98 %). Les directions médicale et infirmière sont rarement impliquées :

elles interviennent dans 18 % des cas dans la conception des programmes et dans 12 % des cas dans leur mise en œuvre. Les patients interviennent dans la conception de 6 % des programmes et dans leur mise en œuvre pour 19 %. Enfin des intervenants extra-hospitaliers participent à la conception et au déroulement des programmes dans 21 % des cas. Parmi ces derniers figurent des associations de patients (10 % des programmes), l'industrie pharmaceutique (8 %), des soignants (5 %), ou des organismes d'éducation du patient (1 %).

Les professionnels le plus souvent présents dans la mise en œuvre de l'éducation sont issus des disciplines suivantes : les infirmiers (conception de 74 % des programmes et mise en œuvre de 91 %) puis les diététiciens (respectivement 68 et 82 %), les médecins (66 et 74 %) et les aides soignants (26 et 49 %). La présence des kinésithérapeutes (12 et 18 %), de psychologues (9 et 12 %), d'assistants sociaux (6 et 8 %), de psychiatres (2 et 6 %) est plus rare.

Un résultat illustre le peu de complémentarité ville-hôpital dans la prise en charge : à la question "les correspondants extra-hospitaliers sont-ils informés après chaque séjour d'un patient" 50 % des responsables de programmes d'éducation répondent "Toujours", 39 % répondent "Parfois" et 11 % répondent "Jamais".

Formation et compétences des équipes de diabétologie dans le domaine de l'éducation du patient

Dans 20 % des équipes de diabétologie qui répondent à l'enquête, l'ensemble de l'équipe a été formée à l'éducation du patient. 53 % des équipes sont formées partiellement (plusieurs membres) et une seule personne est formée dans 7 % des cas. Dans 17 % des équipes, personne n'a reçu de formation. 65 % des équipes s'adjoignent un soutien méthodologique, 35 % un accompagnement ou une supervision, et 30 % un soutien logistique ou technique.

Une estimation du niveau de compétence de l'équipe est donnée par les responsables des activités éducatives. Globalement : le niveau de compétence est estimé dans plus de la moitié des cas bon ou excellent, mais une analyse plus détaillée fait apparaître les résultats suivants :

- * les compétences qui sont le plus souvent bien maîtrisées par les équipes sont la connaissance du sujet

médical et l'habileté à travailler en pluridisciplinarité (niveau bon ou excellent dans plus de 80 % des équipes).

* certaines compétences sont un peu moins souvent maîtrisées : les compétences pour l'analyse des besoins, pour l'organisation des activités, ainsi que la connaissance des approches en éducation du patient et celle des aspects psychosociaux (environ 70 % des équipes ont un niveau bon ou excellent)

* ce qui apparaît comme le moins bien maîtrisé, ce sont les compétences pédagogiques, qui sont pourtant fondamentales (42 % des équipes estiment que leurs compétences pédagogiques sont insuffisantes ou moyennes), ainsi que la rigueur méthodologique dans le domaine éducatif (45 % de niveau moyen ou insuffisant).

Méthodes pédagogiques en éducation du patient diabétique

Le fondement de l'éducation est la relation individuelle, mais l'éducation proposée dans les services répondeurs est le plus souvent mixte, c'est-à-dire individuelle et collective (56 % des cas). Elle est purement individuelle dans 36 % des cas et purement collective dans 5 % des cas.

98 % des programmes sont fondés sur l'interaction soignant (s) patient (s) (rencontre individuelle, exposés et/ou discussions de groupe, ces moyens étant plus ou moins couplés).

Entre 1992, dans les centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers et hôpitaux locaux, 81 % des établissements déclaraient au moins une action.

Ils sont 88,5 % en 1999. Cette différence n'est pas significative. Cependant, on ne dispose pas de chiffres concernant le nombre de programmes mis en place dans les établissements, qui permettraient d'appréhender réellement un développement.

Thèmes d'éducation du patient cités

Les 12 thèmes les plus cités sont le diabète (14 % de l'ensemble des thèmes), l'alimentation (8 %), les maladies cardio-vasculaires (7 %), les stomies (6 %), l'alcoolisme (5 %), l'asthme, les maladies transmissibles et la douleur (4 % chacun), les anticoagulants et les prothèses (3 %), la toxicomanie et le tabagisme (2 % chacun).

On constate que ce sont des thèmes extrêmement divers et se situant sur des plans différents. Une catégorisation possible des actions décrites est la suivante :

- * 59 % des actions concernent les maladies chroniques, c'est-à-dire l'éducation thérapeutique du patient à proprement parler.
- * 23 % correspondent à des thèmes de prévention primaire ou secondaire c'est-à-dire davantage à une éducation pour la santé (ex : préparation à l'accouchement, prévention des maladies transmissibles, prévention bucco-dentaire.)
- * 7 % concernent l'alimentation (sans que l'intitulé permette de savoir si c'est en lien avec une maladie chronique)
- * 4 % sont des thèmes relatifs aux soins palliatifs.

Il y a donc un flou sur la définition de l'éducation du patient pour les responsables institutionnels.

Importance de l'éducation du patient pour les responsables institutionnels

Par rapport aux autres priorités institutionnelles, 93 % des responsables considèrent que l'éducation du patient est un domaine prioritaire ou important.

Il existe une politique institutionnelle explicite dans 50 % des cas.

Dans 36 % des cas, l'établissement ne dégage aucun moyen. Lorsque des moyens sont dégagés, il s'agit le plus souvent de moyens matériels ou de moyens humains pérennes.

Coordination des activités d'éducation du patient

Un facteur qui reflète bien l'importance accordée à l'éducation du patient est la désignation d'un coordonnateur pour ces activités. Or dans près de la moitié des établissements (48 %), il n'y a aucune coordination.

Une coordination a été mise en place au niveau du (des) service (s) concerné (s) dans (34, 6 %) des cas. Une coordination "transversale", c'est-à-dire au niveau de l'ensemble de l'établissement, existe dans 27,5 % des cas il s'agit d'une personne (22 %) et/ou d'une cellule de coordination (9,5 %).

L'existence d'une coordination "transversale" n'est pas liée à la taille de l'établissement, mais elle est liée au

nombre d'actions développées dans l'établissement ($p < 0,01$).

La coordination est parfois assurée (7 % des cas) par une association mixte intra-extra-hospitalière, telle par exemple l'Unité de prévention et d'éducation (UPE) du centre hospitalier de Dreux.

Perspectives issues de la comparaison des prises en charge éducatives pour les différentes pathologies ou situations de santé étudiées.

Similitudes

Les similitudes dans l'organisation des activités éducatives sont nombreuses. Nous ne reprendrons ici que celle de la formation : en effet, l'estimation des compétences dans les équipes est la même quelle que soit la pathologie et fait ressortir la faiblesse des compétences pédagogiques des équipes. Le fait que les équipes dans différentes spécialités médicales butent sur ce même problème plaide pour le développement de formations multidisciplinaires à l'éducation du patient, dépassant le cadre des spécialités médicales.

Le diabète comme exemple

L'organisation des activités éducatives en diabétologie (où les pratiques éducatives sont anciennes) apparaît, dans certains de ses aspects, comme un modèle.

Les équipes sont plus souvent formées que dans les autres spécialités ; l'appel à un soutien méthodologique y est plus fréquent (65 % contre moins de 30 %) ; il y a une forte prise en compte de l'entourage des patients (environ 80 %) ; la participation des patients et des familles dans les programmes éducatifs est un peu plus fréquente (18 %), équivalente à celle rencontrée dans la prise en charge des cancers (21 %).

Des enseignements à tirer de l'expérience de l'éducation du patient sur d'autres thématiques

La prise en charge est plus systématique (aussi fréquente en hospitalisation programmée qu'en hospitalisation non programmée) pour l'asthme et les maladies cardio-vasculaires ; L'ouverture vers la ville et l'implication de soignants extra-hospitaliers est plus fréquente dans la prise en charge des addictions.

Des évaluations commencent à être mises en œuvre dans d'autres spéciali-

tés, en particulier dans le domaine des addictions et des néphropathies 30 et 25 % contre moins de 15 % pour les autres thèmes) : leur connaissance et la confrontation aux évaluations menées en diabétologie aiderait peut-être à une mise en œuvre plus systématique d'évaluations dans les services.

Des spécificités à respecter

Certaines spécificités mises en évidence par l'enquête semblent répondre à une logique : il paraît normal qu'une éducation fondée sur des apprentissages soit plus fréquente dans les pathologies qui demandent une auto-prise en charge technique (diabète, maladies respiratoires, néphrologie) que dans celles qui sont plutôt fondées sur l'observance de règles hygiéno-diététiques et/ou d'un traitement (maladies cardio-vasculaires, cancer).

Mais certaines spécificités sont à étudier : pourquoi l'éducation de groupe est-elle très développée dans la prise en charge des addictions et du diabète, un peu moins fréquente pour les maladies respiratoires et cardio-vasculaires, et presque inexistante dans le cas du cancer ?

Cette donnée correspond-elle à une réalité (ou naît-elle d'un biais de recrutement dans l'enquête) ? Si elle se vérifie, comment l'explique-t-on ? Tient-elle à une spécificité des pathologies ou situations, est-elle fondée sur des données scientifiques ?

Recherche

Il semble que les équipes travaillant sur les thèmes différents butent finalement sur les mêmes problèmes (en particulier celui de l'évaluation des activités éducatives, et celui de la complémentarité entre la prise en charge hospitalière et en ville) : ceci montre l'importance d'une recherche multidisciplinaire et dépassant le cadre des spécialités médicales.

Qu'est-ce qui serait favorable au développement de l'éducation du patient dans ces établissements ?

Plus de 95 % des responsables institutionnels soulèvent la nécessité du renforcement de la formation (continue et initiale) des professionnels de santé, et l'importance d'une reconnaissance professionnelle. Viennent ensuite des demandes de moyens en personnel (82 %) et de reconnaissance financière de ces activités (74 %). La sensibilisation du

public est aussi un élément important (92 %), ainsi que la nécessité de modification du rôle des soignants (78 %).

Récapitulatif des principaux résultats de l'enquête

Limites de l'enquête.

Il s'agit d'une enquête fondée sur des données déclaratives. Il existe des biais qui résultent du mode d'adressage des questionnaires.

Le faible taux de réponse a pour conséquence l'impossibilité de généraliser les résultats du questionnaire n°15, qui apporte donc principalement des données qualitatives sur des établissements qui s'intéressent à l'éducation des patients.

Au niveau des établissements de santé :

Il semble y avoir une montée en charge des activités éducatives en direction des patients ; cette impression repose principalement sur une augmentation du taux de réponse dans certaines catégories d'établissements. Cette évolution concerne principalement les Centres hospitaliers régionaux, les Centres hospitaliers, les Établissements de soins de suite et de réadaptation, et les établissements de soins de courte durée.

Les responsables institutionnels considèrent ce domaine comme important, mais leur investissement (en terme d'allocations de moyens spécifiques, de volonté d'organisation et de coordination) reste modéré. Le choix de développer l'éducation du patient repose donc sur les chefs de service. D'autre part, il y a encore peu d'ouverture des activités éducatives vers la ville.

Au niveau de l'ensemble des programmes d'éducation du patient (nous résumons ici des résultats qui n'ont pas été décrits ici puisque l'exposé a été centré sur l'éducation du patient diabétique), on note des aspects positifs qui se généralisent. La majorité des programmes sont continus, donc institutionnalisés. Les moments mis à profit pour proposer une éducation sont multiples, permettant une éducation plus intégrée aux soins. La conception et la mise en œuvre des programmes d'éducation est multidisciplinaire. La prise en compte de l'entourage est plus fréquente.

Cependant, en dehors de certaines expériences novatrices déjà connues par ailleurs, l'enquête montre que pour l'ensemble des programmes (concernant les différents thèmes choisis), les activités éducatives restent peu structurées : un coordinateur des activités éducatives existe dans seulement la moitié des cas. Il y a un déficit de formation important (plus de 30 % des équipes ne sont pas du tout formées) et des compétences pé-

dagogiques moyennes ou insuffisantes dans la moitié des cas. La continuité de la prise en charge avec les soignants de ville est très rare (moins de 15 %). Il y a une absence presque complète d'évaluation des activités mises en œuvre.

Cécile Fournier

5 - Par extrapolation à partir du taux de réponse, dans le scénario le plus optimiste, 91 % des etb. ont développé une activité d'éducation du patient et dans le scénario le plus pessimiste, ils sont 26 %. La réalité se situe entre ces deux pourcentages.

DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE

La prise en compte des particularités individuelles des diabétiques

Étude anthropologique à l'Île de la Réunion

Les "profanes" que sont les malades, avec leurs conceptions, leurs savoirs, leurs conduites, s'opposent aux "professionnels" que sont les médecins. Pour le profane, malade ou non, comprendre l'état de son corps ne se réduit pas à connaître des mécanismes physiologiques et l'action exercée sur eux. La maladie appelle toujours une interprétation qui dépasse le corps individuel et l'état organique.

Claudine Herzlich, Jeanine PielTet¹

Le diabète, maladie métabolique chronique, conduit la personne qui en est atteinte à repenser sa vie quotidienne. Cette nouvelle organisation se structure dans le temps en fonction des valeurs de base du patient, de son contexte de vie et de sa construction du sens de la maladie et de la santé. L'intérêt des professionnels de santé a tendance à se limiter à la quête diagnostique, étiologique et curative, sans s'élargir aux particularités individuelles du diabétique de type 2. Nous avons voulu aborder la problématique sous un angle anthropologique, en partant de la nécessité d'une meilleure compréhension des caractéristiques propres au patient et en considérant son contexte socio-culturel particulier² comme un déterminant de la relation de soins. L'étude dont nous exploitons les données a été menée à la

Réunion sur une quarantaine de sujets diabétiques de type 2 âgés de 30 à 75 ans interrogés par l'anthropologue à leur domicile et dans le service d'endocrinologie du Centre Hospitalier Départemental de Saint Denis. Ces témoins, tous originaires de l'île, venaient des différentes zones géographiques du département. Le guide d'entretien thématique utilisé visait essentiellement à explorer les histoires individuelles, les représentations sociales et personnelles de cette pathologie, les parcours thérapeutiques et tentait d'approcher la réalité des pratiques dans la prise en charge curative de la maladie au quotidien.

Le but de cette recherche était, d'une part, d'analyser la manière dont les diabétiques réunionnais gèrent leur maladie chronique et, d'autre part, de mieux saisir certains freins rencontrés par les soignants lors de la prise en charge thérapeutique. L'hypothèse était que certains éléments culturels sont surdéterminants et que l'image que l'individu se forge du diabète, avant tout sur le plan étiologique, influence son parcours de soins. Cet éclairage sur le sens des faits de santé visait également à guider les professionnels de santé dans leur volonté d'adaptation de leurs actions au terrain d'intervention en faisant évoluer leurs perceptions du diabète, des malades ou de leur propre rôle.

L'île de la Réunion : une évolution récente et rapide des modes de vie

D'abord sous régime colonial depuis son peuplement en 1664, l'île de la Réunion s'est développée autour d'une économie de plantations de cannes à sucre principalement, et de café et d'épices. Elle est devenue un département français d'outre-Mer (DOM) en 1946, puis elle a connu une transition démographique et une réelle amélioration de l'état de santé de sa population vers les années 1960³. La société réunionnaise est aujourd'hui un lieu où la population pluriethnique a été soumise à une rapide mutation des modes de vie en moins d'une génération et ceci n'a fait que s'accélérer en s'amplifiant depuis ces 40 dernières années. C'est dans ce contexte d'évolution sociale, culturelle et historique que l'on a vu émerger des pathologies chroniques, telles que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. La prévalence du diabète de type 2 est estimée très importante, probablement égale à au moins 3 à 5 fois plus que celle de la France métropolitaine. Cette prévalence élevée s'accompagne aussi d'un fort taux de morbidité et de mortalité cardio-vasculaires.

La Réunion, grâce à son statut de DOM, est dotée des dispositifs modernes de soins comme les départements métropolitains et elle est soumise aux mêmes réglementations. La majorité des médecins, notamment les spécialistes, est constituée par des professionnels d'origine non réunionnaise à la différence des infirmiers qui, pour la plupart, sont originaires de l'île. La relation de soins se construit sur des réalités complexes. D'une part, elles sont parasitées par les méconnaissances ou les préjugés. D'autre part, les valeurs issues des différents modèles liés à la dynamique des changements sociaux se confrontent et bon nombre de professionnels de santé comprennent mal la résistance du profane à l'imposition de nouveaux "cadres à penser" émergeant du phénomène de mondialisation des sciences et des techniques.

L'intégration du diabète dans la pensée populaire locale s'est développée vraisemblablement à partir des années 1948-50⁴, avec la diffusion progressive dans l'île des savoirs biomédicaux sur cette maladie. Le diabète n'est pas une maladie connue des anciens et son approche profane est en réalité fondée sur

une réinterprétation de la définition médicale et de son évolution dans l'histoire de la médecine occidentale. Cette pénétration dans le tissu local a éclaté clairement dans les années 1980 en prenant de l'ampleur, parallèlement à une situation mondiale dans laquelle la maladie diabétique s'imposait. Localement, cette importance croissante du discours sur le diabète se poursuit jusqu'en 1994 où le diabète est déclaré "priorité régionale de santé publique" à la Réunion. Enfin, depuis mai 1999, le lancement d'une étude épidémiologique sur l'île est l'occasion de plusieurs informations très médiatisées sur le diabète auprès de l'ensemble de la population.

Le "profane" diabétique: des perceptions de santé au parcours

Les modèles profanes de représentation du diabète

Pour mieux représenter la pluralité des discours individuels présents au sujet du diabète, nous avons individualisés et répertoriés un certain nombre de "*modèles profanes*" (tableau 1, p. 10) dont les caractéristiques reflètent localement le discours commun sur la santé et la maladie. Il est clair que le particularisme individuel et le contexte socioculturel viennent contrebalancer le discours biomédical. Le modèle mnémorique ou "mal-souvenirs", par exemple, renvoie le malade vers son passé, c'est-à-dire son histoire personnelle mais aussi celle de l'île dans laquelle la sous-alimentation a touché une grande partie de la population. Le diabétique qui adhère à ce modèle de représentation du diabète sera tenté de considérer aujourd'hui le régime alimentaire, base du traitement anti-diabétique, comme une grande injustice parce qu'il l'assimile à une nouvelle période de privation dont il croyait être enfin sorti.

Les facteurs d'interprétation éthologique

Les représentations causales guident les orientations présentes ou futures des recours de soins chez les patients. Nous avons repéré trois principaux facteurs profanes d'interprétation étiologique, les deux premiers étant aussi des facteurs biomédicaux reconnus. Il s'agit de l'hérédité, de l'alimentation et des croyances magico-religieuses en rapport avec la santé et la maladie⁵.

L'hérédité est souvent niée ou citée sans conviction, comme si la personne répétait une leçon apprise par les professionnels. Rares sont ceux qui font le lien de cause à effet entre tel parent diabétique et leur propre atteinte par la maladie. Cette situation s'explique en partie par la signification attribuée au mot "héréditaire" : la logique de refus des diabétiques interrogés s'appuie généralement sur une confusion avec le "congénital" ; ils ne reconnaissent pas la cause héréditaire parce qu'ils ne sont pas nés diabétiques. De même, la logique générationnelle habituelle les empêche d'admettre que la notion d'hérédité peut être pertinente, même si leur enfant ou leur sœur cadette sont atteints avant eux. Par ailleurs, reconnaître l'étiologie héréditaire c'est admettre une cause interne au sujet alors que localement le sens commun attribue le plus souvent la maladie à une cause extrême. Cette démarche apparaît rationnelle pour les diabétiques qui pensent que si le diabète est vraiment héréditaire, il devient inutile de se soigner car la maladie ne peut pas être "extraite" du corps du diabétique. De plus, la cause interne est culpabilisante pour l'individu, et elle est généralement écartée. La "mauvaise" alimentation à l'inverse, surtout dans le contexte actuel d'une fréquente incrimination de certains aliments "malsains" consommés dans la société moderne comme la viande de bœuf ou le Coca-Cola, est plus facile à admettre.

L'alimentation est une cause commune. Les diabétiques interrogés la citent souvent en reprenant les arguments fréquemment avancés par leur médecin. Ils font ainsi allusion à de "mauvaises" habitudes prises dès l'enfance au milieu des champs de cannes à sucre et prolongées plus tard par une consommation répandue de boissons sucrées facilitée par l'évolution socio-économique. Cette attitude n'est en fait pas perçue comme complètement négative, puisqu'elle renforce l'image identitaire profondément ancrée, définie notamment par des caractéristiques gustatives⁶, considérées comme spécifiques, qui rassemblent les Réunionnais et leur permettent de se distinguer des autres groupes culturels.

Les croyances reposent sur des explications magico-religieuses du mal, par exemple: "La maladie était" marquée "pour moi, c'est Dieu qui m'envoie "mon" épreuve, elle vient "d'en l'air", c'est-à-dire que la maladie serait le résultat de la Volonté divine. Il existe aussi des interprétations étiologiques

Tableau 1 : Les représentations profanes du diabète à La Réunion

MODÈLE	ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS	Traduction des expressions créoles
Normatif : Mal banal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>La diabèt toudmoun nana mèn pafor</i> ❖ <i>Maladifo pas par la</i> ❖ <i>Moin lé pa ont ma maladi, lé pa maladi sa atrap sa</i> ❖ <i>Nou lé parey ansanb zanimo kan lé vié nou pe pa èt kom gayar</i> ❖ <i>Diabèt sa lé maladi involontèr</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le diabète tout le monde en a mais pas fort ❖ La maladie faut y passer ❖ Je n'ai pas honte de ma maladie, elle n'est pas contagieuse ❖ Nous sommes comme le animaux, quand on vieillit on ne peut pas rester fort ❖ Le diabète est une maladie involontaire
Homologique : Mal destructeur	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Diabèt dévor aou</i> ❖ <i>Diabèt atak aou tout</i> ❖ <i>Li manz aou anndan</i> ❖ <i>Kan ou lé blésé li pran tout dan ot kor</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le diabète vous dévore ❖ Le diabète vous attaque partout ❖ Il vous mange à l'intérieur ❖ Quand vous êtes blessé, il prend tout à l'intérieur de vous
Statique : Mal stagnant	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Diabèt étouf aou</i> ❖ <i>Lé in zafer an troh sirhpla</i> ❖ <i>Lé dan lo san mèm épi kor lé gra</i> ❖ <i>La min lé angourdi, sa ramas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le diabète vous étouffe ❖ C'est quelque chose en trop qui ne circule pas ❖ Il est dans le sang et puis le corps est gros ❖ La main est engourdie, comme coincée
Mnémorique : Mal-souvenirs	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Depui moin lé dann la misèr, dur astèr davoit maladi la</i> ❖ <i>Nou konè ban vié moun nana la diabet, nou la pa fe in cont avek</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Depuis le temps que je suis dans la misère, c'est dur maintenant d'avoir cette maladie ❖ Nous avions que les vieux avaient le diabète, nous n'y avons pas prêté attention
Transsymptomatique : Mal révélé	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Astèr mi konè maladi lé grav, zié i fe mal</i> ❖ <i>Avan bannla trouv ziska in pe drol amoin lé pa kom in moun malad</i> ❖ <i>Avan zot fe pa in cont, enkor juska mon zanfàn li va instal amoin</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Maintenant je sais que la maladie est grave, les yeux me font mal ❖ Avant les gens trouvaient un peu curieux que je n'ai pas l'air malade ❖ Avant les autres ne faisaient pas attention, s'ils avaient continué, mes enfants m'auraient enterrée
Mystique : Mal - épreuve	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Diabèt lé maladi Bon Dié sa</i> ❖ <i>Maladi lé marké po moin, li vyin dan lèr</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le diabète est une maladie du Bon Dieu ❖ La maladie m'était réservée, elle vient d'en l'air
Contradictoire : Mal complexe	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Akoz doktèr i di aou lo sukré géri kan ou tonbfay ?</i> ❖ <i>Moin lété plito in moun gourman, astèr mi gagn pi manzé</i> ❖ <i>Diabèt li mont li dsand, li fe ryin ksa mem</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pourquoi le docteur vous dit que l'eau sucrée vous guérit en cas de faiblesse ? ❖ J'étais plutôt gourmand maintenant je n'arrive plus à manger ❖ Le diabète monte et descend sans arrêt
Exclusif : Mal - poison	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>La diabèt i anpouasonn ot vi sa</i> ❖ <i>Fo la pouai on i sort dan ot kor</i> ❖ <i>Komela ma fini dviv</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le diabète empoisonne votre vie ❖ Il faut que le poison sorte de votre corps ❖ Dans ces conditions, je ne vis plus vraiment

personnelles ne se référant pas au discours commun, mais corrélées à un "événement" interprété dans l'expérience individuelle, par exemple : « Je suis diabétique parce que j'ai arrêté de fumer du tabac, parce que j'ai bu de l'alcool alors que je suis musulman, parce que mon mari l'était et je l'ai "attrapé" ».

Le "réseau sémantique signifiant" du diabétique

Les modèles de représentations profanes vont généralement se construire à partir de la recherche étiologique qui s'articule elle-même au *réseau sémantique signifiant* (fig.1). Le discours individuel se structure autour d'éléments symboliques et familiers représentant les codes utilisés par le sujet pour décrire son expérience de la maladie. Pour cela, le diabétique peut puiser dans les *trois systèmes de logique en présence: le discours biomédical, le sens commun et l'interprétation personnelle*. Certaines causes appartiennent à la fois à plusieurs registres, sans pour autant signifier exactement les mêmes choses dans chacun d'eux. C'est le cas, par exemple, de la vieillesse qui constitue une étiologie biomédicale reconnue, la fonction pancréatique devenant moins performante. Parallèlement, dans la pensée populaire, la vieillesse représente une cause, non pas du diabète, mais globalement d'une perte de santé qui associe banalement les couples jeunesse-santé et vieillesse-maladie: quand on est vieux, on est "naturellement" vulnérable.

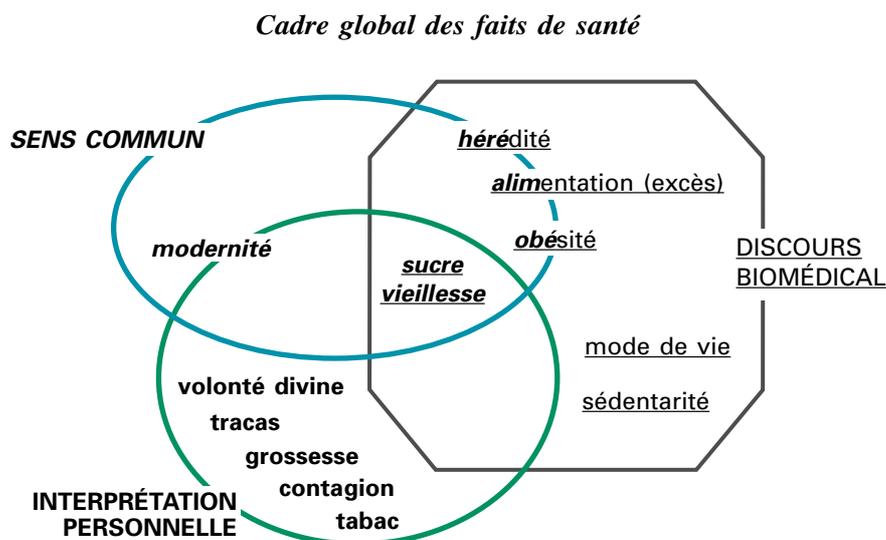
Les itinéraires thérapeutiques des diabétiques

Schématiquement, quatre étapes peuvent être individualisées, pour former une sorte "parcours type" du diabétique: les conditions du diagnostic, la recherche de sens, les choix curatifs, et l'image de guérison.

Les conditions du diagnostic

Le bilan sanguin est fréquemment le révélateur pathologique. La présence de signes d'appel évocateurs n'induit pas nécessairement de consultation médicale car ceux-ci sont rarement interprétés comme alarmants. Ce sont, par exemple, les démangeaisons "d'en bas" (mycoses pubiennes) chez les femmes, rarement signalées à un médecin-homme, ou les

Figure 1 : Les associations profanes formant un réseau sémantique étiologique à La Réunion



- Légende :**
- * **associations personnelles originales** ("relations de cause à effet")
 - * **associations communes** ("relations de possibilité")
 - * **associations biomédicales** ("relations d'exclusion" pour le public)

Commentaires : on ne tient compte ici que des formes les plus fréquentes rencontrées dans l'enquête. Certains facteurs de cause sont à la limite de deux espaces ou des trois quand leur association sémantique est moyennement affirmée dans chacun des modèles (ce sont des "relations de contradiction").

urines qui attirent les fourmis et la soif intense considérée comme banale sous un climat tropical. Le diabétique ne réalise pas toujours le sérieux du diagnostic lorsqu'on le déclare diabétique et il minimise souvent l'état pathologique qui ne lui semble pas bien alarmant. Il choisit ainsi de se soustraire encore quelque temps aux mesures thérapeutiques contraignantes.

La recherche de sens

Dès le diagnostic, le diabétique recherche un sens à ce qui lui arrive de façon asymptomatique le plus souvent. Tant qu'il n'a pas trouvé de réponse le satisfaisant, notamment à la question de l'étiologie, il n'est pas prêt à s'investir dans la relation de soins. Outre l'évocation fréquente d'excès de consommation de sucre, nous avons retrouvé dans le discours des diabétiques interrogés la notion de fragilité acquise par "tempérament personnel". Cet état particulier est perçu comme une conséquence, surtout chez les femmes, des difficultés du quotidien: "des tracas" et des soucis, tandis que chez les hommes, c'est davantage dû à l'abus du rhum ou d'un autre alcool. Quant à l'obésité, rarement reconnue comme un facteur favorisant du diabète, elle est souvent considérée par les femmes en surpoids, elles-

mêmes, comme une conséquence banale des grossesses ou de la ménopause, autrement dit comme un trait de "l'ethos féminin". Cette attitude des femmes est généralement liée à un phénomène de comparaison verticale, c'est-à-dire corrélée à l'image qu'elles ont de leur propre mère, elle aussi en surpoids, par conséquent à un vécu de reproduction et d'intériorisation du modèle féminin ou du modèle de la mère.

Les choix curatifs

Cette étape de recherche de sens une fois franchie, sa durée étant variable selon l'histoire individuelle, le patient, éclairé par des valeurs signifiantes pour lui, peut alors s'appuyer sur des repères pour accepter des choix curatifs qu'il comprend et qu'il reconnaît comme cohérents. Si cette phase a trop tardé, les mesures thérapeutiques s'imposent avec l'aggravation de la pathologie diabétique. Il se résigne alors, mais il se sent "disqualifié" et s'en remet passivement à la prise en charge des professionnels. Les choix curatifs du diabétique dépendent fréquemment de l'apparition de signes gênants ou douloureux qui incitent à rechercher une aide pour être soulagé. La polarisation des orientations thérapeutiques des acteurs suit la perception positive ou négative que ceux-ci

ont du moyen curatif envisagé. La prescription d'un régime diététique peut correspondre à la nécessité de se construire une nouvelle identité sociale, tant la manière locale de se nourrir est un marqueur identitaire fort. Il ne s'agit pas là d'une spécificité uniquement réunionnaise, mais il faut insister sur le fait que le riz, le piment, les plats locaux, gras ou sucrés, forment encore un ciment social. Dans ce contexte, manger différemment est déculturant et marginalisant pour le malade diabétique, en particulier obèse. Les anti-diabétiques oraux peuvent être écartés car jugés incompatibles avec les plantes médicinales, prises elles aussi par voie orale. L'insulinothérapie, reconnue comme très efficace par les professionnels, est le plus souvent fuit par les diabétiques qui refusent le plus longtemps possible la contrainte qu'elle impose.

Cependant, après quelques mois de suivi et devant l'amélioration de leur état, la majorité des diabétiques insulino-traités admet l'efficacité de l'insuline. Si certains conservent des craintes, ils avouent que finalement ils supportent assez bien les contraintes induites, comme la dépendance médicamenteuse. Quelques-uns estiment même que la dépendance médicale qui accompagne l'insulinothérapie, obligeant à une surveillance thérapeutique régulière, représente un avantage sûr et un gage de meilleur suivi de la maladie chronique. Surtout, ces diabétiques se sentent mieux et c'est avant tout ce qu'ils attendent du traitement médical: être " soulagé " de ce corps devenu pesant.

L'image de guérison

Parfois évoquée au début de la maladie, elle est souvent abandonnée au cours des deux premières années environ. Les faits marquants de cette perte d'espoir sont, d'une part, la rencontre de diabétiques anciens, faisant réaliser au nouveau malade le caractère durable du diabète et, d'autre part, le peu de résultats probants obtenus sur l'amélioration pathologique malgré les efforts consentis. L'évidence de la chronicité s'impose tôt ou tard à tous, y compris à ceux qui ont parfois pensé que les périodes de bon équilibre glycémique signaient la disparition de la pathologie pancréatique.

En fait, la plupart des diabétiques rencontrés recherchent, plus qu'une guérison du diabète, une amélioration de leur état ou un soulagement des maux dus aux complications invalidantes.

La relation de soins : de l'opposition à la complémentarité

Discours biomédical et discours commun

La relation thérapeutique dans le diabète vise un maximum d'efficacité dans l'atteinte d'un équilibre glycémique personnalisé, dans la prévention des complications et dans la préservation de la qualité de vie du diabétique. Dans la culture professionnelle biomédicale, l'orientation des décisions se faisant "du général au particulier", donc loin du terrain des acteurs, constitue un frein à l'adaptation des actions de santé au contexte spécifique.

Il est donc important de ne pas sous-estimer le contexte socioculturel et individuel, qui produit sa propre logique et dans lequel s'enracinent le discours commun ainsi que les représentations individuelles des diabétiques. L'attitude interprétative n'est pas propre au diabétique, elle concerne généralement toute personne qui reconstruit sa relation avec son propre corps en fonction de l'événement qui survient: la maladie. Nous avons ainsi montré⁷ que cette reconstruction pouvait apparaître comme une "socialisation tertiaire" autour de la maladie chronique dont les conséquences pathologiques et les contraintes curatives bouleversent profondément le mode de vie du diabétique.

Les données anthropologiques issues de notre recherche confirment la présence d'éléments culturels prévalents, que le diabétique réunionnais interprète à sa façon et intègre dans sa propre expérience de la maladie. C'est ce que révèlent certaines des expressions créoles collectées comme : "la diabèt bès nèt ou té mont" qui signifie que le diabète (plus précisément la glycémie) augmente et diminue constamment. L'intérêt ethnographique pour le discours des informateurs est d'éclairer la stratégie utilisée par les individus en recherchant son sens. Ici, pour construire sa perception de mauvaise santé, le diabétique réunionnais reconnaît dans son état pathologique une notion traditionnelle qui lui est familière: une rupture de l'équilibre interne de son corps ou de l'harmonie entre son corps et son environnement. La variation glycémique est interprétée, d'un point de vue profane, comme une traduction claire de cette dysharmonie.

Dans ce cas, la difficulté pour le médecin et sa logique scientifique, va précisément être de faire comprendre à son patient qu'il ne doit pas attendre les variations glycémiques pour réagir et rétablir une harmonie salvatrice. Dans ce dernier exemple d'une nouvelle construction de la relation de soins, tout l'intérêt de l'approche compréhensive globale du comportement du patient apparaît clairement comme le préalable indispensable à l'amélioration des actions de soins, d'éducation et de prévention.

Des représentations à la démarche de soins

Les conceptions médicales et les perceptions profanes s'appuient sur des rationalités distinctes, et chaque catégorie d'acteurs adopte fréquemment une démarche de soins opposée. *L'approche biomédicale part du constat des signes pathologiques* : elle s'attache à dépister les individus, à poser le diagnostic, à traiter le patient, à prévenir l'aggravation par les complications, puis à éduquer le malade chronique vers une autonomie et une responsabilisation. *Le malade s'attache avant tout aux causes de l'événement* intervenu brutalement dans son quotidien. Il s'interroge: Pourquoi moi ? Qu'est-ce que j'ai fait qu'il ne fallait pas ? Comment vais je préserver ma place parmi mes proches si je dois vivre différemment d'eux, si je dois abandonner mes habitudes ?... La qualité de la prise en charge du diabète est étroitement liée aux attentes des acteurs: celles des professionnels de santé visant des actions plus efficaces ou une certaine autonomie du patient et celles des diabétiques cherchant à composer au quotidien⁸ entre leur état de santé variable, le rapport à leur corps et une manière de concevoir leur environnement. La comparaison des deux modèles conceptuels en présence, biomédical et profane réunionnais (tableau 2, p 13), expose les grandes lignes du travail à entreprendre pour rapprocher ces représentations, notamment dans les programmes d'éducation. Toutefois, la simple opposition bipolaire des points de vue ne rend bien entendu pas compte entièrement de la réalité complexe du terrain puisqu'il est évident que certains professionnels comme certains patients ont des positions intermédiaires.

Pour illustrer notre analyse comparative, on peut retenir l'exemple du facteur causal " mode de vie " qui mériterait certainement d'être davantage explicité par les professionnels et mieux compris

Tableau 2 : Comparaison des modèles biomédical et réunionnais concernant le diabète

Caractéristiques du modèle biomédical	Caractéristiques du modèle profane
<i>Entité pathologique</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • insulino-résistance et insulino-pénie progressive • hyperglycémie chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • rupture d'équilibre individu/environnement • mal du sucre • insuline tôt ou tard
<i>Catégorie pathologique</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • maladie métabolique de civilisation • problème de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • non-maladie ou mal qui devient douloureux • mal qui dure il faut vivre avec
<i>Pertinence des signes cliniques</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • données objectives • éléments tardifs et insuffisants pour juger du bon contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • signes souvent banals • début du questionnement sur la rupture de l'équilibre
<i>But de la recherche étiologique</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • orienter le traitement • prévenir les complications 	<ul style="list-style-type: none"> • comprendre pour donner du sens à l'événement • choisir des stratégies individuelles
<i>Pertinences du facteur alimentaire</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • moyen thérapeutique • responsabilité du malade • comportement à modifier • prévention des personnes à risque • cause manifeste et argument thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • symbole identitaire • contradiction : pas systématique chez ceux qui mangent (du sucre) • paradoxe de la perception sociale de l'obèse : impression de "bonne mine"
<i>Pertinence du facteur mode de vie</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • alimentation pléthorique sédentarité • choix individuels inadaptés • hygiène de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • paradoxe de la vie moderne • victime des évolutions collectives • symbole d'identité locale
<i>Significations des stratégies thérapeutiques</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • devoir de l'auto-prise en charge • éducation pour adopter le "bon" style de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • se soigner lorsque la maladie se voit et gêne le quotidien • arrêt du traitement si on se sent bien
<i>Objectifs du recours thérapeutique</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • faire disparaître les symptômes • prévenir les complications aiguës et chroniques • contrôler une pathologie grave et coûteuse • aider un patient 	<ul style="list-style-type: none"> • atteindre une certaine compréhension du malaise • avoir un traitement efficace sur les symptômes gênants • être reconnu en tant que malade
<i>Pertinence du régime alimentaire</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • base thérapeutique suffisante au début • prescription en général peu suivie • preuve de l'inobservance du malade chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • contrainte importante et effort décourageant • choix difficile car marginalisant, généralement pas soutenu par l'entourage
<i>Recours à l'insulinothérapie</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • efficace et sûr • recours souvent nécessaire, au bout d'un temps variable pour normaliser les glycémies • mise sous dépendance médicale permettant un contrôle objectif 	<ul style="list-style-type: none"> • contrainte si état de santé dégradé • surenchère médicale, signe l'aggravation • symbole de poison • perte des libertés individuelles • efficacité mais crainte des hypoglycémies • arrêt des tisanes
<i>Place de la phytothérapie locale</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • recours qui laisse indifférent car sans danger si le traitement médical est suivi par ailleurs • effet hypoglycémiant reconnu de certaines plantes mais pouvoir faible 	<ul style="list-style-type: none"> • vécu positif individuel et social car efficace et naturel • à stopper en cas d'insulinothérapie mais associée aux ADO • identité locale
<i>L'image de la guérison</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • attitude cartésienne : non-dit • espérée dans l'avenir mais paraît difficile à atteindre bientôt car pathologie complexe encore trop mal expliquée. 	<ul style="list-style-type: none"> • parfois imaginée mais généralement abandonnée au fur et à mesure • assimilée à une recherche d'efficacité sur les symptômes pour trouver un soulagement
<i>L'image du diabétique</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • souvent "mauvais" malade difficile à traiter • personne obèse • patient fataliste inconscient irresponsable et peu observant 	<ul style="list-style-type: none"> • malade incompris ("faux malade" ?) • personne parmi beaucoup d'autres atteintes d'un mal "à la mode" • vieille personne ou personne trop gourmande et grosse

par les soignés. Les écarts d'interprétations relevés entre eux à propos du changement des pratiques quotidiennes, d'un environnement rural ou "traditionnel" vers un plus urbain ou moderne, sont représentatifs de la dichotomie qui distingue le mode de pensée de ces deux catégories d'acteurs. Le mode de vie "malsain" représente pour les professionnels de santé l'origine des choix erronés du patient qui en porte la responsabilité. Le diabétique estime, lui, être victime de ce changement que la dynamique sociale lui impose.

Les positions des médicaux ou des paramédicaux, d'une part, et les conceptions de leurs patients, d'autre part, définissent ensemble les caractéristiques de la relation de soins et les comportements observables dans l'espace des enjeux thérapeutiques. Leurs fréquentes divergences expliquent certaines des difficultés constatées dans la prise en charge du sujet diabétique car elles créent un climat d'incompréhension aboutissant à un certain désintérêt mutuel, notamment en ce qui concerne l'observance. La prise en compte des particularités individuelles des diabétiques permet de faciliter la rencontre nécessaire entre acteurs professionnels et profanes. Cette nécessité est la condition première pour bâtir une relation de soins efficace, permettant l'éducation du patient vers l'autonomie ou au moins sa réelle participation à la prise en charge de sa maladie métabolique dont il est, au fond, le seul à pouvoir bien décrire les variations au quotidien.

Conclusion

L'étude des parcours individuels des patients réunionnais montre qu'il est capital d'aborder la prise en charge des malades de manière globale: en ne tenant pas uniquement compte de données médicales et en singularisant des pratiques de soins standards par une personnalisation qui tient compte du contexte de vie de chaque patient. Il s'agit d'admettre qu'il existe vraisemblablement partout des déterminants culturels et un environnement social précis qui donnent un cadre spécifique au rapport du malade chronique avec son propre corps.

C'est cet espace " anthropomédical " que les soignants se doivent d'appréhender s'ils veulent optimiser leurs actions de soins vers plus d'efficacité.

Ainsi, sans nier la complexité des rapports humains, les résultats de l'étude que nous avons menée tendent à montrer que l'amélioration de la prise en charge curative du diabétique et les actions préventives dans le domaine du diabète dépendent de la réussite d'une réelle reconstruction de la relation soignant-soigné tenant compte autant de la culture du professionnel de santé que de celle de son patient.

Autrement dit, il ne s'agit pas d'opposer une représentation à l'autre, la profane à la biomédicale, mais au contraire de proposer la création d'un espace de rencontre à travers une approche " transculturelle " des soins, passant nécessairement pour les professionnels de santé par une connaissance plus approfondie du contexte particulier de leurs interventions.

M. Roddier et X. Debussche,
Saint-Denis, La Réunion

Bibliographie

- 1 - HERZLICH C., PERRET J., 1991, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui - De la mort collective au devoir de guérison, Bibliothèque scientifique Payot, Paris, 1991
- 2 - RODDIER M., 1995, Diabète sucré et culture à l'île de La Réunion, Cahiers d'anthropologie et biométrie humaine, XIII, N°3-4, PP.335-355
- 3 - LOPEZ A., 1987, Le rôle de la départementalisation dans les grandes conquêtes sanitaires et sociales à l'île de La Réunion, Bulletin de l'association géographique française, 5, 377-394.
- 4 - RAIMBAULT C., 1948, Les Plantes médicinales de l'île de La Réunion, Saint-Denis, Imprimerie Dieu et Patrie.
- 5 - BENOIST J., 1993, Anthropologie médicale en société créole, Paris, PUF, coll. Des champs de la santé.
- 6 - COHEN P., 1996, Manger le pluriel à l'île de la Réunion, in Soigner au Pluriel, Essais sur le Pluralisme Médical, Paris, Karthala, coll. Médecines du Monde, pp. 115-140.
- 7 - RODDIER M., 1999, Le diabète, entre culture et santé publique. Approche anthropologique du diabète de type 2 à la Réunion, Thèse de doctorat d'Anthropologie, Université de la Réunion.
- 8 - KIRCHGASSLER K., MATT E., 1987, La Fragilité du quotidien : les processus de normalisation dans les maladies chroniques, Sciences Sociales et Santé, V(1) : 93-114.

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Apprendre à gérer son stress

"S'il existe une solution à un problème, alors ce n'est plus un problème. Si un problème ne trouve aucune solution, alors ce n'est vraiment plus un problème!"

(Vieux proverbe chinois)

Le stress est un phénomène quotidien qui se produit chaque fois qu'un individu doit affronter un nouvel environnement : c'est donc un processus normal d'adaptation au changement. Il faut noter la confusion qui naît de l'utilisation du même terme de stress pour :

- les événements ou les situations qui posent problème : ce sont des stressors plutôt que des stress,

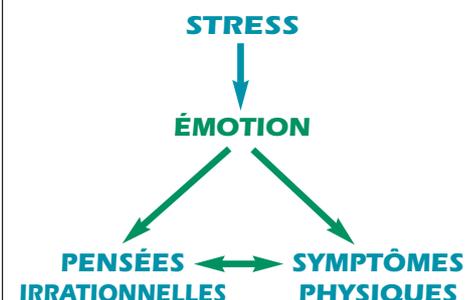
- la réaction de l'organisme lorsqu'il doit s'adapter.

Au delà de ce problème sémantique, on sait bien que le stress des uns n'est pas celui des autres et que, pour un même individu, ce qui est stressant à un moment donné peut être stimulant quelques minutes plus tard. En d'autres termes, il n'y a pas de bon stress ou de mauvais stress, il n'y a que des bons ou des mauvais stressés.

Être un bon stressé, c'est donc d'abord et avant tout bien s'adapter au contexte auquel on est confronté, et comme nous allons le voir, cela peut s'apprendre!

La "mécanique" du stress

Pour mieux le gérer, il faut connaître la "mécanique" du stress : la nécessité de s'adapter crée une émotion qui peut se traduire par deux types de réactions négatives qui vont se renforcer mutuellement - des pensées irrationnelles et des signes physiques.



Pour réduire les effets négatifs d'un stress "en aigu", il faut donc apprendre à :

- rationaliser ou restructurer ses pensées irrationnelles,
- se relaxer afin de mieux maîtriser les symptômes physiques qui accompagnent et renforcent les pensées irrationnelles.

Ces deux démarches essentielles s'intègrent dans le schéma général de gestion du stress (ci-contre).

A) Repérer les facteurs de stress et leurs conséquences :

Chaque individu est soumis à des facteurs de tension qui lui sont propres. On ne gère pas de la même façon le stress lié au bruit et celui de la prise de parole en réunion.... Parfois un même stress est vécu différemment selon le contexte ou le moment de la journée. C'est donc non seulement le facteur de stress qu'il faut identifier, mais aussi les circonstances dans lesquelles il crée cette impression de tension. Il faut également repérer ses conséquences immédiates : réactions physiques, pensées associées, comportement.

Dans cette démarche on peut s'aider d'une grille à remplir pendant une semaine au moins pour faire le point sur ses facteurs de stress quotidiens (exemple ci-contre).

B) Faire face

Il faut être conscient que la démarche de gestion du stress implique en elle-même un changement dans les comportements, dans la manière de penser les situations tendues, dans les habitudes. Elle peut donc constituer en elle-même, au début, une source de stress mais la comparaison de ses inconvénients à court terme et de ses bénéfices à moyen et long termes penche vite en sa faveur.

La gestion du stress comporte des mesures préventives et des stratégies d'action

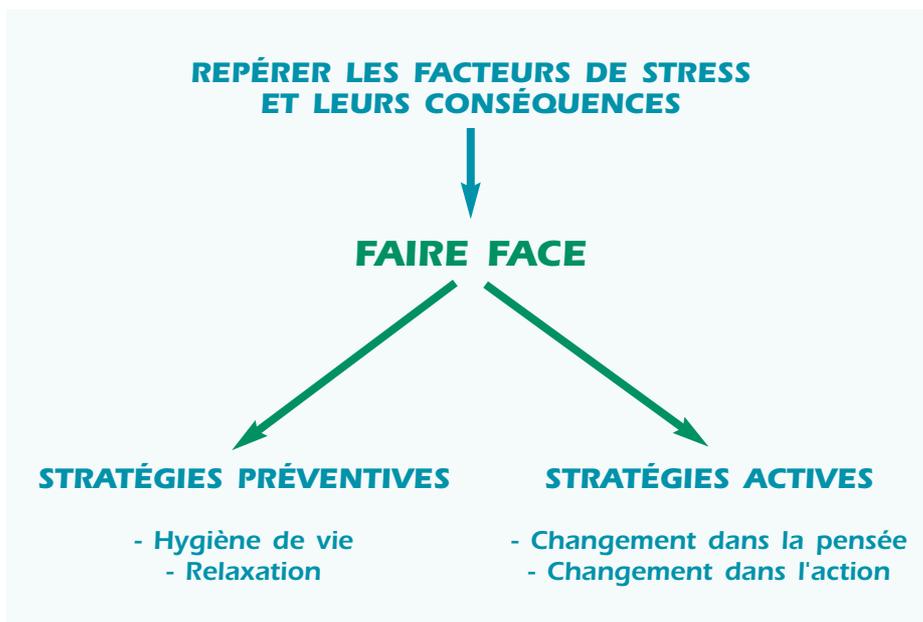
Les stratégies préventives

Adopter de nouvelles règles d'hygiène de vie

Ces règles sont à la base de notre dynamisme et donc de nos possibilités de bonne réaction au changement.

Facile à dire... moins facile à mettre en œuvre. Pour renforcer la motivation on peut envisager un travail de définition d'objectif en utilisant par exemple

Schéma général de la gestion du stress



Situation Problème	Pensées associées	Symptômes associés	Comportements (actions destinées à réduire la tension)	Intensité (0 à 10)
Au bureau, 10 h. Je commence la rédaction d'une note et le téléphone n'arrête pas de sonner	Je dois finir cette note et répondre au téléphone pour satisfaire tout le monde. Il faut absolument que je fasse tout en même temps	Impression de tension avec contracture abdominale	Je vais prendre un café (comportement de fuite)	7

Habitudes d'hygiène de vie	Ce que je souhaite améliorer	Ce que je pense possible d'améliorer
- Augmenter le temps de sommeil - Faire de l'exercice physique 2 fois/semaine - Entretien ou élargir le réseau relationnel - Diminuer le café et le thé - Diminuer l'alcool - Diminuer la consommation de tabac - Prendre au moins 3/4 h pour les repas - Rééquilibrer les repas (moins de gaisse ou de sucres) - Prendre 1/2 journée de vrais loisirs par semaine - ...		

la liste ci-dessus qui contient des propositions de changement des habitudes d'hygiène de vie, à classer par ordre de priorité.

On définit ainsi un premier objectif d'amélioration de la situation actuelle que l'on souhaite et qu'il semble possible d'atteindre ➡

Pour passer de l'intention à l'acte, il faut préalablement définir (Exemple 1) :

- une stratégie précise d'atteinte de l'objectif,
- un calendrier d'action,
- les modalités du suivi et du contrôle (personnes de l'entourage à impliquer).

La relaxation

Le contrôle émotionnel et la relaxation permettent d'apprendre à ne plus subir les tensions qui s'accumulent, mais à les faire céder, et à se reconcentrer. L'apprentissage "à froid" des techniques de base, que nous ne détaillerons pas ici, doit permettre d'aboutir progressivement à leur application aux situations de tension avec comme résultat une détente physique et un état de concentration mentale.

Les stratégies d'action

Apprendre à raisonner autrement

L'objectif est de modifier les pensées irrationnelles qui accentuent le stress pour amener à une lecture plus lucide de la réalité quotidienne. Cette stratégie, qui doit permettre d'éviter de se laisser submerger par une impression floue, comprend plusieurs étapes :

■ **1^{ère} étape** : repérer les pensées irrationnelles et le comportement adopté spontanément lors d'un stress,

■ **2^e phase** : comparer cette pensée automatique à la réalité et en faire la critique : en quoi n'est elle pas réaliste ?

■ **3^e phase** : construire une pensée mieux adaptée à la réalité en :

- examinant l'évidence,
- trouvant d'autres interprétations,
- imaginant ce que les autres penseraient dans la même situation,
- se positionnant en observateur extérieur (comme devant une scène de film).

Mettre en place d'une stratégie d'action

Le point de départ de cette stratégie est cette pensée mieux adaptée à la réalité, mais qui ne doit pas rester une "pensée unique". Il faut au contraire envisager plusieurs solutions et passer à l'acte sur celle qui semble la mieux adaptée (Exemple 3).

Gérer le stress de l'entourage

Il faut exprimer à l'autre que l'on perçoit son stress, ce qui est une aide pour lui car il a l'impression que personne ne

■ Exemple 1

Objectif : limiter ma consommation de café à deux tasses par jour

Situation actuelle : 7 tasses par jour (détailler les horaires), plus en cas de stress (Cf. plus haut)

Comment : en ne conservant que les tasses du matin et d'après déjeuner et en prenant un verre d'eau à la place des autres

Calendrier : dès maintenant

Contrôles : (personnes prévenues) collègues, famille

■ Exemple 2

Situation du problème	Pensée automatique associée	En quoi cette pensée n'est elle pas réaliste ?	Pensée mieux adaptée à la réalité
Le téléphone n'arrête pas de sonner et mon travail n'avance pas	Je dois répondre à tous pour les satisfaire	Tous ces appels ne sont pas urgents	Je ne suis pas obligé de tout faire en même temps.

■ Exemple 3

Définition exacte du problème	Brainstorming	Plan d'action
Le téléphone n'arrête pas de sonner et mon travail n'avance pas	<ul style="list-style-type: none"> ■ je peux faire filtrer les appels par ma secrétaire ■ je peux aller dans un autre bureau pour finir ma note ■ je peux décider de remettre cette note à plus tard et répondre aux appels ■ ... 	<p>Ma secrétaire notera les appels et les classera par ordre d'urgence.</p> <p>Je termine ma note et je rappellerai ensuite dans cet ordre</p>

le comprend, mais aussi pour l'entourage, car si on le laisse évoluer sans rien tenter, le comportement du stressé risque de devenir communicatif. Pour dire à un proche qu'on le sent stressé il faut : resituer objectivement le contexte qui explique son stress pour lui montrer qu'on le comprend, mais exprimer précisément les inconvénients de la situation et de ses conséquences vécus par l'entourage, proposer une stratégie de changement vis à vis de l'entourage, proposer une

aide. Quand celle ci est repoussée, il vaut mieux prendre date et décider d'une action après un délai de réflexion.

Être "philosophe"

Notre réaction au stress dépend largement de la représentation que nous avons du contexte dans lequel nous nous trouvons. Ainsi, une enquête récente a montré qu'un bruit intense avait nettement plus de conséquences physiques et

émotionnelles lorsqu'il se produisait à la maison plutôt qu'au bureau où tout se passe comme si on décidait de mieux s'adapter au stress. Il est donc possible de moduler sa propre perception pour aborder certaines situations avec plus de sérénité.

En conclusion, le stress n'est pas une fatalité mais, comme nous l'avons souligné, un phénomène normal et souhaitable d'adaptation aux changements. Au lieu de subir ceux-ci comme des pressions inexorables, il faut apprendre à les remettre en cause et à les trier, pour mieux les gérer par des stratégies appropriées.

L. Chneiweiss

Pour en savoir plus. Pour en faire plus

L'IFAS (Institut Français de l'Anxiété et du Stress) organise tout au long de l'année des stages de gestion du stress en groupes ou individuels. IFAS : 5 rue Kepler, 75116 PARIS (Responsable Émilie DUPRE)

ÉTUDE DE CAS

« Laissez-moi gérer mon diabète »

Marie a 25 ans, elle est célibataire, récemment embauchée comme cadre commercial. Elle vit encore dans sa famille mais envisage néanmoins de s'autonomiser.

Le diagnostic de diabète insulino-dépendant a été posé il y a 6 ans, provoquant l'effondrement de ses parents et un état de sidération chez elle que l'on retrouve fréquemment à l'annonce de la maladie.

La déclaration du diabète semble intervenir à un moment charnière : elle doit pour la première fois quitter le domicile familial pour entrer à l'École supérieure de commerce de Lyon. Par ailleurs, la maladie intervient après une rupture sentimentale particulièrement douloureuse. L'éclosion du diabète s'inscrit donc dans un contexte fortement marqué par des enjeux de séparation. Le départ à Lyon est alors repoussé, sans que le médecin ne l'ait suggéré.

Se succèdent ensuite différentes étapes. Une première année de vécu douloureux, fragilisant la relation à l'autre et le sentiment d'identité. Puis une période de 3 ans de vie étudiante en province, plus heureuse sur le plan des relations sentimentales mais avec d'importants écarts sur le plan de l'observance du traitement. Ceci est à entendre comme une phase de révolte, couramment décrite dans les étapes du processus de deuil, refus des contraintes associées à une rupture intolérable dans son mode de vie et lutte pour maintenir sa continuité d'être : "tout faire comme avant". Refus également de la différence et de la singularité constamment signifiées par le suivi du traitement, pour affirmer une continuité d'appartenance au groupe social des étudiants. Depuis près de 2 ans, un processus d'acceptation de la maladie et de reprise de l'observance s'est mis en place.

Ce cheminement adaptatif a été facilité par certains appuis dans la réalité, notamment la rencontre avec un nouveau médecin qui, à travers une relation d'écoute, d'étayage et de respect de ses résistances, a pu lui restituer un statut de sujet et favoriser un processus d'appropriation du traitement.

Les associations et l'éducation diabéto-logiques ont constitué également d'autres facteurs de soutien, permettant la rencontre avec d'autres diabétiques et rendant la blessure narcissique plus supportable parce que partagée.

Mais l'ensemble de ces facteurs externes n'a pu être opérant que parce que Marie accomplissait parallèlement un certain cheminement psychique, marqué par une recherche de sens. Tout d'abord à travers une quête étiologique : le diabète provoqué par la douleur d'une rupture sentimentale. D'une façon générale, le travail psychique de Marie est marqué par une capacité à tolérer un certain niveau d'angoisse et de conflits psychiques qu'elle élabore progressivement. Elle associe notamment ses comportements transgressifs d'inobservance à un message provocateur adressé à ses parents. Il s'agissait d'opposer aux limites extérieures les siennes propres, d'éprouver ses limites corporelles pour les intérioriser dans un mouvement d'individuation.

Marie parle d'ailleurs du diabète comme d'un support de remaniement des relations familiales dans le sens d'une mise à distance de ses parents. Affirmer : « c'est ma vie, c'est mon diabète, c'est pas le vôtre, vous me laissez le gérer ! ». Face à une mère vécue comme intrusive, elle s'est longtemps défendue par le "ne pas dire", ne pas livrer d'informations sur son diabète.

Les questions de dépendance et de séparation semblent ainsi traverser l'ensemble de l'expérience de la maladie. Aujourd'hui, Marie semble gérer différemment ce "démêlé fondamental", moins par la mise en jeu du corps et plus par la mentalisation des conflits.

La prégnance de la culpabilité dans ses propos peut s'inscrire également dans ce contexte conflictuel avec la mère : culpabilité de l'abandonner pour partir entreprendre des projets de réalisation personnelle et manifestation d'une agressivité latente vis-à-vis de cette mère.

À travers ces paramètres, le diabète semble avoir participé au processus de maturation et d'individuation de Marie.

Lina Cohen - Paris

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

Faites-le connaître par «Diabète Éducation» en nous transmettant votre dossier :
Diabète Éducation - Dr Charpentier - 59, bd H.-Dunant 91100 Corbeil Essonnes

Tél. : 01 60 90 30 86 - Fax 01 60 90 31 57

LA VIE DU DESG

Curriculum Vitae du DESG Centre

Activités

Réunions de formation internes - Avec des intervenants multidisciplinaires régionaux ou hors région en séances plénières :

Dates	Lieu	Membres	Thèmes
08/11/95		28	DESG régional, mise en place
10/01/96	Tours	48	L'éducation dans la région
03/02/96		10	Journée régionale, organisation
03/04/96	Orléans	63	Les médecins et l'éducation - Questionnaire d'évaluation
29/05/96	Bourges	28	L'infirmière et l'éducation - Bilan de la journée de Tours
08/01/97	Vendôme	30	Passage adolescent-adulte - Diabète et législation
26/03/97	Tours	34	Diabète et vie sociale
11/06/97	Orléans	33	Technique méta-plan
24/09/97	Bourges	40	Fiches d'éducation régionales
17/12/97	Tours	30	Fiches d'éducation (suite)
29/04/97		39	Fiches d'éducation (fin)
03/07/98	Blois	10	Fiches d'éducation - Mai 98
23/09/98	Bourges	38	Axes et objectifs - Objectifs communication
17/03/99	Tours	60	Bilan de la journée de Bourges Éducation des personnes âgées L'infirmière et l'éducation
05/05/99	Blois	50	Apprendre à apprendre l'éducation à l'activité physique
29/09/99	Bourges	50	L'abord psychologique du diabétique Internet et l'éducation du diabétique
01/12/99	Chissay (39)	50	Qualité de vie : concept et mesure L'éducation de l'hypertendu
08/03/00	Vendôme	50	Facteurs de risque et diabète de type 2 Tabac et approche pédagogique des maladies chroniques

Ateliers de réflexion-formation, l'après midi des conférences :

- * Questionnaire commun Minimum d'Évaluation de l'éducation,
- * Ateliers diététiques,
- * Ateliers de communication,
- * Groupe de réflexion sur l'aspect relationnel de la pratique type Balint.

Réunions de formation externes

Organisées autour de trois pôles : ■ les conférences,
■ les ateliers pratiques,
■ les rencontres avec les spécialistes.

Première réunion régionale : **Tours** - 14 septembre 1996 - 128 participants

Deuxième réunion régionale : **Orléans** - 22 novembre 1997 - 150 participants

Troisième réunion régionale : **Bourges** - 10 novembre 1998 - 180 participants

Fiches Pédagogiques : à partir du cahier des charges du DESG National, avec réunions-ateliers pour leur mise à jour.

Nom : DESG Groupe Éducation Centre

Fondateur : Fernand LAMISSE

Date de naissance : 8 novembre 1995 - **Lieu** : Tours

Adresse : Philippe WALKER - UF Diabétologie - Centre Hospitalier Jacques Cœur - 18016 BOURGES - Tél. : 02.48.48.49.42 - Fax : 02.48.48.48.02

E-mail : philippe.walker@wanadoo.fr

Lieu d'activité : Région Centre - 6 départements : 18, 28, 36, 37, 41, 45.

Superficie : celle de la Belgique

Population : 2,4 millions dont 1/3 en zone rurale

Émergence d'un Réseau Régional

Conseil de réseau délibératif
Programme d'action
Validation méthode
Suivi activité et gestion

Coordinateur Régional

Pôle de référence régional
Diffusion outils - promotion
Coordination régionale
Recueil données

Coordinateur départemental opérationnel

Pôle de référence départemental

Idem

Idem

Idem

Nos projets

- 1 / Mise à jour du "savoir" avec atelier de m. des fiches (F. Rossi).
- 2 / Développement du "savoir-faire" avec des ateliers de pédagogie, d'animation de groupe.
- 3 / Travail sur le "savoir être"
- 4 / Alternance des réunions dans des structures publiques/privées
- 5 / Ouverture sur les facteurs de risque (HTA, dyslipidémie, tabac, alcool).
- 6 / Annuaire des membres de la Région Centre (Pr. Lecomte).
- 7 / Recherche : soutien de travaux de thèse (Évaluation de l'atelier culinaire à Bourges), de mémoire (Impact des conseils sur l'activité physique).

Notre devise

"A cuer vaillans riens impossible"

Jacques Cœur (1400-1456)

LES RÉGIONS DU DESG

RESPONSABLES NATIONAUX DU DESG

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

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

RESPONSABLES RÉGIONAUX DU DESG

NORD

Dr Muriel CORDONNIER
Médecine Endocrinologie
CHG DRON, Hôpital Chatiliez
133, rue du Président Coty
BP 619 59208 Tourcoing
Tél. 03 20 69 44 95 - Fax 03 20 69 45 89

Dr Marie-Claude REJOU-SANNIER
Diabétologie - CHR de Seclin
59113 Seclin
Tél. 03 20 62 70 00 - Fax 03 20 62 75 60

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

NORMANDIE

Dr Yves REZNIK
Endocrinologie - CHU Côte de Nacre
14033 Caen Cedex
Tél. 02 31 06 45 86 - Fax 02 31 06 48 54

OUEST

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

MIDI-PYRÉNÉES

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

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

AQUITAINE

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

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

PICARDIE

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

CHAMPAGNE

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

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

PARIS - ILE-DE-FRANCE

Dr Ghislaine HOCHBERG-PARER
Diabétologie
9, rue Eugène Gibez - 75015 Paris
Tél. 01 48 56 01 67 - Fax 01 48 42 05 62

Dr Helen MOSNIER-PUDAR
Diabétologie - Hôpital Cochin
27, rue du Fb St Jacques - 75014 Paris
Tél. 01 42 34 12 12 - Fax 01 42 34 11 16

CENTRE

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

LANGUEDOC

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

BELGIQUE

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

ALSACE

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

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

LORRAINE

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

BOURGOGNE - FRANCHE COMTÉ

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

RHÔNE-ALPES

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

PACA

Dr Monique OLLOCO-PORTERAT
Diabétologie
28, rue Verdi - 06000 Nice
Tél. 04 93 82 27 30 - Fax 04 93 87 54 51

Marie-Martine BONELLO-FARRAIL
Diabétologie
8 bis, Bd Joseph Garnier - 06000 Nice
Tél. 04 93 52 35 45 - Fax 04 93 98 77 91

QUÉBEC

Pr Jean-Luc ARDILOUZE
Endocrinologie - CHU de Sherbrooke
30001-12E av Nord - J1H5N Sherbrooke - Quebec
Canada - Tél. 819 564 52 41 - Fax 819 564 52 92

*Diabetes Education Study Group
de Langue Française*

FORMATION DES FORMATEURS

SESSION 5 - FORMATION DES FORMATEURS

★ *Module 1*
DIAGNOSTIC ÉDUCATIF 1
29 au 31 mai 2000

★ *Module 2*
DIAGNOSTIC ÉDUCATIF 2
02 au 04 octobre 2000

★ *Module 3*
Module PSYCHO ANALYTIQUE
04 au 06 décembre 2000

★ *Module 4*
Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE
19 au 21 mars 2001

★ *Module 5*
COMMUNICATION
11 au 13 juin 2001

★ *Module 6*
COMMUNICATION (Suite)
24 au 26 septembre 2001

★ *Module 7*
ÉVALUATION
10 au 12 décembre 2001

Les cours sont dispensés à
l'**ASSOCIATION REILLE**
34, avenue Reille - 75014 Paris

RENSEIGNEMENTS :

Christine BAUDOIN

**DESG/Formation
des Formateurs**

INSERM - Unité 341
Service de Diabétologie
de l'Hôtel-Dieu

1, place du Parvis Notre-Dame
75181 Paris cedex 04

Tél. 01 42 34 81 41

Fax 01 56 24 84 29

**Christine.baudoin@htd.ap-hop-
paris.fr**

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

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

DIRECTEUR DE RÉDACTION

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Corinne BLANCHET
Hôpital Cochin - 27, rue du Fb St-Jacques
75014 Paris - Tél. : 01 58 41 18 91

D I A B È T E É D U C A T I O N

COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)
Claude COLAS (Paris)
Michel GERSON (Le Havre)
Anne-Marie LEGUERRIER (Rennes)

Martine LETANOUX (Paris)
Marc LEVY (Nanterre)
Helen MOSNIER -PUDAR (Paris)
Martine TRAMONI (Neuilly-sur-Seine)
Nadia TUBIANA-RUFI (Paris)

MAQUETTE - Studio Grafiligne / Tél. 01 64 98 88 07 - Fax 01 64 98 76 60

IMPRESSION - Imprilith / ZI de l'Orme Brisé - 5, rue de la Croix Blanche Pringy 77310 St-Fargeau-Ponthierry