



DIABETE ÉDUCATION

Vol,5-N°1
1994

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

Section francophone du Diabète Education Study Group - EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

Éditorial

SOMMAIRE.

Groupes Régionaux du DESG Où en est l'éducation des diabétiques en France ?

➤ La réflexion du DESG de langue française sur l'acte d'éducation, sa reconnaissance et la façon dont l'éducation est organisée à l'échelon local a amené depuis plus de deux ans à la constitution de groupes régionaux, relais indispensables destinés à dresser l'état des lieux de ce qui existe à l'heure actuelle en France, et de ce qui est souhaité en matière d'éducation. L'éducation des diabétiques en France n'est pas le fait de quelques-uns, mais mobilise de nombreux professionnels de la santé, médecins, infirmières, diététiciens, psychologues... L'expérience et la réflexion de chacun sont les bienvenues. La création de groupes régionaux du DESG a pour but de les mettre en commun.

Dans la plupart des régions (voir liste ci-après), un responsable a été chargé de coordonner la réflexion sur l'éducation. Ceci fait appel à l'organisation de groupes de travail réunissant les médecins, infirmières et diététiciennes impliqués dans l'éducation des diabétiques, tant dans le secteur public que dans le secteur libéral, dans le cadre de la médecine d'adultes et de la médecine pédiatrique.

La tâche est de taille : il s'agit pour chacun des responsables régionaux de rentrer en contact avec un certain nombre d'interlocuteurs dans sa région, de réunir ces interlocuteurs venant d'horizons différents pour apprendre à connaître le mode de fonctionnement des uns et des autres, pour mettre en place une réflexion commune sur la stratégie pédagogique, les besoins de chacun et les perspectives. Il apparaît clairement que les activités existantes dans le domaine de l'éducation et les besoins suivant les structures et les régions sont très divers, et qu'une évaluation du terrain est nécessaire.

⋈ Ainsi l'élaboration d'un annuaire des centres et personnes impliqués dans l'éducation des diabétiques, et le recensement des méthodes sont ils en cours.

Les groupes régionaux de DESG doivent aussi promouvoir la recherche dans le domaine de l'éducation des diabétiques, avec un premier objectif à court terme : la préparation du colloque de MONTRÉAL lors de la réunion de VALFEDIAM en 1995. Plusieurs projets ont déjà été élaborés lors de diverses réunions de ces groupes : évaluation de l'apport d'une consultation d'infirmière d'éducation, passage enfant-adulte, fiche d'évaluation de l'éducation, interface avec les médecins généra-

Suite p.2 ta»-

• EDITO

- Groupes Régionaux du DESG. Où en est l'éducation des diabétiques en France.....1 (H. HANAIRE-BROUTIN)

• VU POUR VOUS

- Les marionnettes dans l'éducation des enfants diabétiques.....3 (O. COUVARAS, N. SER, F. RAYNAL, F. AZEMAR, M. POUYDEMANGE, D. VALLES, PrGHISOLFI)

• TESTÉ POUR VOUS

- "100 recettes pour bien vivre avec son diabète".....5 (M. CAVALIERI)

• DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

- Relever les défis de la Santé du Monde -Deuxième partie. Un document de référence sur l'éducation pour la santé.....6 (D. TOLSMA, HS. DHILLON)

• DE LA THÉORIE A LA PRATIQUE

- De l'huile au beurre, quelques représentations et comportements alimentaires maghrébins en région parisienne.....9 (A. SHABOU, P. MIOSECC, P. VALENSI)

• A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

- La Stomathérapie.....10 (C. LECOUREUX, N. GROS)

• 1er COLLOQUE DE LA SECTION FRANCOPHONE DU DESG.....11

- La punition (JP. BASCLET).....11

• ÉTUDE DE CAS

- La punition (JP. BASCLET).....11

• LA FORMATION DES FORMATEURS CALENDRIER 94-95.....12

DIAMICRON

Glicazide

2

Une double action : métabolique et vasculaire.

2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

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

EDITO (suite)

listes pour la prise en charge des DNID, etc.

Plusieurs régions organisent des réunions de bibliographie, certaines ont un intérêt particulier pour la formation des paramédicaux à la lecture et l'écriture d'article ou de communication. D'autres régions ont constitué des groupes de travail intéressés par le développement de méthode pédagogique plus ludique, avec en projet la réalisation et l'expérimentation de jeux pédagogiques.

Enfin les réunions des groupes régionaux sont l'occasion de faire connaître plus largement les actions que le DESG de langue française a mis en place au cours de ces dernières années : élaboration

du livre blanc du diabète, formation des formateurs, et bien sûr le journal Diabète Éducation.

La collaboration des groupes régionaux permettra d'élargir la réflexion actuelle sur l'éducation, sa réalisation pratique, les moyens à mettre en œuvre, et la reconnaissance de l'acte d'éducation. D'ores et déjà, les réunions organisées par les groupes régionaux permettent d'établir des échanges intéressants sur ce qui se fait en matière d'éducation en France.

De nombreux médecins, infirmières et diététiciennes estiment que leur formation pédagogique est insuffisante, une formation spécialisée organisée sous

forme de modules, telle qu'en propose le DESG, peut répondre aux besoins de certains. Beaucoup se sentent isolés, des réunions régionales peuvent permettre des échanges de vues, la diffusion du journal peut également rompre cet isolement.

Toutes les bonnes volontés sont les bienvenues pour poursuivre la démarche qui est en train de se mettre en place.

A travers la constitution des groupes régionaux du DESG, il s'agit de mobiliser Vensemble des professionnels de la santé impliqués dans l'éducation des diabétiques pour faire progresser la qualité de l'éducation et avancer vers la reconnaissance de l'acte d'éducation.

RESPONSABLES RÉGIONAUX DU DESG**ANNECY**

Pierre Chopinet
Centre Hospitalier
BP 2333 - 74011 ANNECY Cedex

BORDEAUX

R. Viala
Service du Pr. Aubertin
Hôpital Pellegrin
33000 BORDEAUX
Tel: 56 79 55 23 - Fax: 56 24 55 62

DIJON

Geneviève Vaillant
Service du Pr. Brun
Hôpital du Bocage - 21000 DUON
Tel: 80 29 34 53 - Fax: 80 29 35 19

GRENOBLE

Serge Halimi
CHU Grenoble
38700 LA TRONCHE
Tel: 76 76 75 75 - Fax: 76 44 77 40

LILLE

Marie-Claude Rejou-Sagnier
Diabétologie-Endocrinologie
USN A - CHR de LILLE
6, rue du Pr. Laguesse
59037 LILLE Cedex
Tel: 20 44 45 57 - Fax: 20 44 41 84
ou :
Endocrinologie-Diabétologie
Hôpital Béthune-Beuvry
62408 BETHUNE Cedex
Tel: 21 64 44 44 - Fax: 21 64 44 00

LIMOGES

J.M. Jadaud
1, Place Aine - 67000 LIMOGES
Tel: 55 34 61 07

NANCY

Danièle Durain
Service du Pr. Drouin
Hôpital Jeanne d'Arc
54200 Dommartin les Toul
Tel: 83 65 65 28 - Fax: 83 65 66 00

NANTES

A. Murât
Service du Pr. Charbonnel
CHU de Nantes - 44000 NANTES
Tel: 40 08 33 33 - Fax: 40 08 30 79

NICE

Marie-Martine Bonello-Farail
6, Bd. Auguste Raynaud
06100 NICE
Cabinet : 8 bis, Bd Joseph Garnier
06000 NICE
Tel: 43 52 57 47
ou :
Service du Pr Freychet
Hôpital Pasteur - 06000 NICE
Tel: 93 85 16 54 - Fax: 93 92 07 13
et
Monique Olocco Porterat
59, Bd Victor Hugo - 06000 NICE

NIMES

Michel Rodier
Service de Médecine T
Centre Hospitalier de Nîmes
Av du Pr Debré - 30900 NIMES
Tel: 66 64 02 08

PARIS • ILE-DE-FRANCE

Nadia Tubiana-Rufi
Diabétologie-Endocrinologie
Hôpital Robert Debré
48, Bd Sérurier - 75019 PARIS
Tel: 40 03 20 67 - Fax: 40 03 24 29

REIMS

Dominique Malgrange
Service du Pr. Leutenegger
CHU Reims
rue Alexis Conel
51092 Reims Cedex
Tel: 26 78 7154 - Fax: 26 05 87 40

RENNES

Anne-Marie Leguerrier
Service du Pr. Allannic
Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie
35043 RENNES
Tel: 99 28 43 21 - Fax: 99 53 67 63

ROUBAIX

Jean-Louis Grenier
CE.TRA.DIM
26, Bd Lacordaire
BP 359
59056 ROUBAIX Cedex 1
Tel: 20 99 30 40 - Fax: 20 99 30 05

STRASBOURG

D. Reiss
24, Place Kléber
67000 STRASBOURG
Tel: 88 22 0158

TOULOUSE

Hélène Hanaire-Broutin
Endocrino-Diabétologie
CHU Rangueil
et
Françoise Lorenzini
Endocrinologie-Diabétologie
CHU Rangueil
1, Av. J. Poulhes
31054 TOULOUSE Cedex
Tel: 61 32 26 85 - Fax : 61 32 22 70

>

~N

VU POUR VOUI

Les marionnettes dans l'éducation des enfants diabétiques

A l'Hôpital PURPAN de Toulouse, dans le service de médecine infantile D, sont suivis régulièrement 170 enfants et adolescents diabétiques.

La prise en charge de ces enfants est assurée par une équipe pluri disciplinaire spécialisée, comprenant à côté des médecins (un médecin à temps plein et deux médecins à temps partiel), une infirmière puéricultrice à plein temps, une psychologue et une diététicienne qui peuvent consacrer environ la moitié de leur temps auprès des enfants diabétiques.

En complément de la prise en charge individuelle classique, à partir de 1989, l'équipe soignante a élaboré un projet éducatif s'adressant à l'enfant et aux parents, de façon indépendante, sous forme de journées éducatives.

LES JOURNÉES ÉDUCATIVES À L'HÔPITAL

—^ L'objectif de ces journées est de favoriser chez l'enfant un savoir qui l'aidera à devenir autonome et par ailleurs d'offrir aux parents un lieu d'échange et de rencontre entre eux et les soignants. Lors de ces journées, à travers le jeu et diverses activités, nous proposons aux enfants un enseignement qui évolue en fonction de leurs intérêts et de leur maturité. Les marionnettes représentent une des activités proposées. C'est pour les jeunes enfants (4-7 ans) que nous avons commencé à les utiliser comme outil éducatif.

UN OUTIL ÉDUCATIF...

Lors des consultations, les parents nous parlaient des problèmes et des angoisses qu'ils avaient à laisser leurs jeunes enfants car : "il ne se rend pas compte quand il est en hypoglycémie". "À l'école, il mangera, n'importe quoi si un copain lui propose...". "Si la maîtresse n'y pense pas, il ne prendra pas sa collation et alors..."

Nous avons décidé d'utiliser les marionnettes comme médiateur aidant à la communication. Le castelet et les personnages ont été construits par les membres de l'équipe, ce qui nous a permis de nous identifier aux personnages que nous allions ensuite interpréter. Chaque marionnette a un nom et n'en change pas, ce qui assure la continuité de leur présence dans le vécu des enfants. "Pierre" est l'enfant diabétique, "Emilie" la "copine", les autres personnages font partie de l'entourage proche (parents, maîtresse, etc.). Les marionnettes vivent des histoires différentes, mais elles ont une personnalité propre, des caractéristiques qui ne changent pas.

Les deux "sujets" abordés à travers les scénarii sont l'hypoglycémie et l'hyperglycémie.

Exemple : - Pierre ne mange pas sa collation de 10h et enfin de matinée présente une hypoglycémie. - A l'école Pierre mange beaucoup de sucreries que lui donne sa copine Emilie et il présente des signes d'hyperglycémie.

Au niveau des scénarii, le fait de faire participer activement les enfants, est un élément principal pour qu'ils adhèrent à l'histoire. Il est important de ne pas prolonger les temps forts, qu'il y ait toujours réparation du "drame", et une issue possible. Sollicités par les marionnettes, ils aident à résoudre le problème, par exemple, en donnant du sucre à Pierre, et en lui expliquant ce qu'il aurait dû

faire. Il y a enfin le moment de la conclusion du scénario, où les parents de Pierre reprennent avec le public, les causes, les signes de l'hypo ou de l'hyperglycémie et les moyens de l'éviter. Le scénario se termine toujours sur une note de gaieté avec une chanson, pour garder au spectacle son caractère de divertissement.

Nous avons pu observer le plaisir que les enfants manifestent au cours de ces spectacles. Ils sont non seulement très attentif, mais ils participent émotionnellement au déroulement des scénarii développés par les adultes. Lorsque nous avons pu filmer les enfants pendant le spectacle, nous nous sommes aperçus des changements d'attitude, de l'expression de leur visage lorsqu'on arrive au moment "dramatique" de l'histoire. L'attention est totale et l'identification complète.

Les membres de l'équipe étant à la fois acteurs et éducateurs, il est difficile de trouver l'équilibre entre l'implication émotionnelle de l'acteur et le regard objectif de l'éducateur face au scénario. Il nous est apparu intéressant qu'il y ait dans la salle un adulte avec un regard vigilant pour signaler les réactions émotionnelles trop fortes, ou le désintérêt des enfants si l'action s'éternise.

À la fin du spectacle, une discussion avec les enfants nous permet d'évaluer si les notions théoriques sont bien comprises et de reprendre avec chacun d'eux, leur vécu par rapport au sujet traité.

UN MOYEN D'EXPRESSION...

Entre 1989 et 1991, nous demandions aux enfants après le spectacle de jouer avec nos marionnettes. Ils reproduisaient quelques faits marquants du spectacle auquel ils venaient d'assister, ceci nous



permettait de constater que le sujet était bien compris mais les enfants n'arrivaient pas à s'identifier complètement au personnage. Ils changeaient sans cesse de rôle et ne pouvaient pas les utiliser pour s'exprimer. De plus, les marionnettes des adultes se révélaient inappropriées aux mains des enfants.

Après ce constat, nous avons cherché à aménager une situation qui serait plus favorable à la réalisation d'un spectacle par les enfants eux-mêmes.

Nous avons opté pour la réalisation d'un atelier où les enfants construisent leur propres marionnettes, composent le scénario et jouent le spectacle. Cette formule a été étendue à tous les enfants, quel que soit leur âge.

Nous avons choisi le modèle de marionnette le plus élémentaire, afin d'aboutir très vite à un résultat. Néanmoins, les enfants sont tenus par un souci esthétique et nous rencontrons souvent des personnages très élaborés et originaux.

Tous les enfants ont besoin d'avoir construit leur marionnette, pour commencer à imaginer un scénario. Durant la construction et l'élaboration du scénario, nous constatons que les enfants utilisent beaucoup les marionnettes pour parler d'eux-mêmes, de leur quotidien, de la place qu'ils donnent à leur maladie. Leurs scénarii retracent souvent des événements, des paroles, qui les ont marqué au décours de la prise en charge de leur diabète et révèlent certains conflits avec leur entourage.

Les marionnettes semblent les aider à s'exprimer plus facilement, grâce au personnage qu'ils ont choisi d'interpréter, et lèvent certaines inhibitions.

Nous sommes surpris des affects qui se font jour, du regard qu'ils peuvent porter sur leur maladie, de l'humour et de l'ironie avec lesquels ils traitent leur entourage.

Médiateur pour une meilleure connaissance soignant-soigné

Les marionnettes restent pour les jeunes enfants un médiateur que l'on peut réutiliser lors des consultations. Non seulement on peut reprendre l'histoire : "tu te souviens que Pierre n'avait pas mangé sa collation à 10h, et après que faisait-il déjà ?...", mais les enfants peuvent rencontrer les marionnettes dans le bureau, leur parler furtivement, les présenter à leur parents, ou rejouer une saynète en présence de l'adulte. Leur plus grand désir, selon les parents est de revenir "à l'école des marionnettes".



Pour les enfants plus grands, les marionnettes nous permettent d'aborder le diabète avec un regard extérieur, c'est l'occasion pendant la construction des scénarii, d'aborder des thèmes comme l'hérédité, le regard des autres, la pression qu'exercent les parents, la différence ressentie...

Ces thèmes ne sont pas toujours repris dans les scénarii, mais c'est l'occasion d'échanger des points de vue, qui sont très riches, autant pour les enfants que pour les soignants.

Par ailleurs, nous filmons les saynètes, ce qui nous permet d'analyser, de critiquer, dans un premier temps, le message que l'on souhaitait faire passer, et d'autre part de mieux comprendre la façon dont les enfants perçoivent leur maladie à travers les dialogues qu'ils mettent en place.

Nous retrouvons, parfois, des explications que nous avons pu donner et qui ne semblent pas avoir apporté la réassurance que nous escomptions. Par exemple, lors d'un scénario sur la découverte du diabète, le médecin énumère une très longue liste de contraintes, et dit rapidement en conclusion "si tu suis bien tout ça, tu pourras vivre normalement".

Ce type de réflexion nous permet de remettre en question notre message éducatif. Il nous amène à prendre en compte le mode de vie de chaque enfant et à inscrire dans celui-ci la prise en charge du diabète, afin qu'il y adhère le mieux possible.

Conclusion

L'activité marionnette est pour nous, soignants, l'opportunité d'être plus proches des enfants, de mieux comprendre leurs difficultés à assumer leur traitement.

Une évaluation faite auprès de 70 familles, nous a permis de constater que les enfants adhéraient à ce type d'éducation et que les familles souhaitaient que nous répétions ces journées plusieurs fois dans l'année, car celles-ci soutiennent les enfants dans leur traitement. Pour les enfants que nous suivons, il s'agit d'apprendre et de construire des connaissances avec plaisir.

O. Couvaras, N. Ser, F. Raynal, F. Azemar,
M. Pouydemange, D. Vallès, P^l Ghisolfi
Service de Médecine Infantile D
Hôpital Purpan - Toulouse



ESTE POUR VOUS**"100 Recettes pour bien vivre avec son diabète"**

Deux diététiciennes et un chef cuisinier : que demander de mieux pour mettre au ban d'essai un livre de recettes spécialement conçu pour les diabétiques.

Après avoir lu l'introduction, nous nous sommes penchés sur le choix des recettes à tester dans le cadre de notre cours pratique de cuisine hebdomadaire (2 heures de travail).

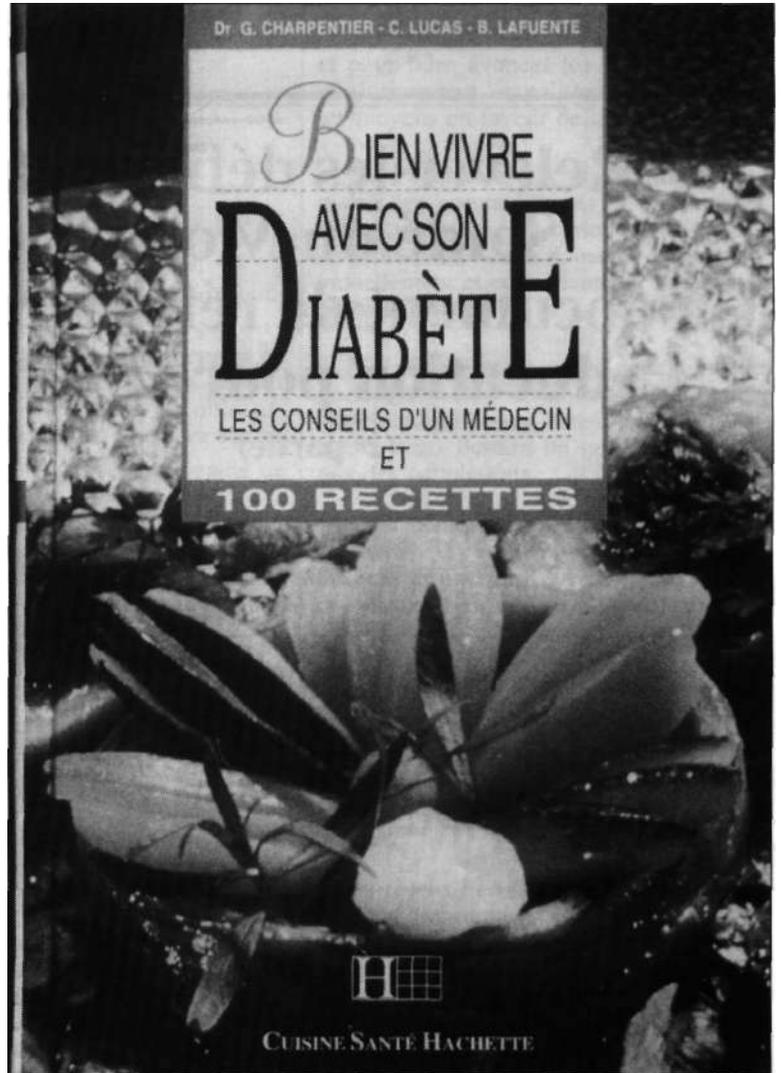
Nous avons opté pour :

- Asperges vertes et sabayon citronné,
- Gigot de lotte "Caraïbes",
- Crème anglaise au fromage blanc.

Nous avons apprécié l'introduction qui pose clairement les bases diététiques pour les diabétiques, l'agréable présentation de l'ouvrage avec ses photos appétissantes. L'originalité des recettes permet aux amateurs de retrouver le plaisir de cuisiner. Le menu de fête que nous avons choisi a été fort apprécié par les patients, les diététiciennes, le chef cuisinier et les médecins du service...

Le calcul de la valeur nutritionnelle des plats permet aux diabétiques avertis de jouer avec les équivalences.

Nous avons toutefois regretté que les techniques culinaires ne soient pas réalisables par les néophytes. Entre autre, la plupart des recettes ne sont pas accessibles aux petits budgets. Les préparations nécessitent trop de matières grasses d'origine animale. Mais il faut bien dire qu'il s'agit de menus de fête et non de tous les jours.



En conclusion, nous avons retenu que ce livre s'adresse plus particulièrement aux diabétiques de type I maîtrisant parfaitement les équivalences, ayant du temps, des moyens financiers et des notions de cuisine.

Mylène Cavalieri

Diététicienne - Hôpital Jean-Verdier - Bondy

| COMPARATIF ! LES POINTS FORTS, | ...ET LES POINTS MOINS FORTS. |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Introduction : très bonne - Bonnes bases, bien expliquées. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recettes : <ul style="list-style-type: none"> - valeur nutritionnelle : permet aux personnes connaissant parfaitement leur régime de faire des équivalences. - impose la connaissance minimale de la composition des aliments. - permet de retrouver, pour les amateurs, le plaisir de cuisiner. - recettes très originales. - présentation agréable - photos appétissantes. | <ul style="list-style-type: none"> - non accessible aux diabétiques ne maîtrisant pas les équivalences. - recettes longues et onéreuses, nécessitant des connaissances culinaires, technique des recettes pas assez détaillée. - utilisation de beaucoup de beurre et de crème alors que l'on conseille les graisses végétales. - ces recettes ne conviennent pas toujours aux menus hypocaloriques - s'adressent surtout aux diabétiques de type 1. - recettes non adaptées aux menus de tous les jours. - dans les plats principaux, aucune recette accessible aux petits budgets. |
| <p>A réserver aux diabétiques maîtrisant les équivalences, ayant des notions de cuisine, ayant le temps de cuisiner, non limités financièrement, non obèses.</p> | |

BIEN VIVRE AVEC SON DIABETE - LES CONSEILS D'UN MEDECIN ET 100 RECETTES
ÉDITIONS HACHETTE - Collection Cuisine Santé Hachette - Prix : 89 F.

Il est également possible de se le procurer à l'Association Française des Diabétiques - 14, rue du Clos 75020 Paris.

(NB : Les droits d'auteurs sont reversés à l'A.F.D.)

DIABETE ET PEDAGOGIE

Relever les défis de la Santé du Monde

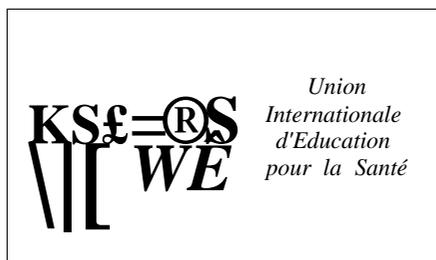
Un document de référence sur l'éducation pour la santé

(2« partie)

Larges extraits d'un document élaboré conjointement par l'Union internationale d'Éducation pour la Santé (D. Tolsma, Président)* et la Division de l'Éducation pour la Santé de l'Organisation mondiale de la Santé (H.S. Dhillon, Directeur) avec le soutien du Centre de Contrôle des Maladies des Etats-Unis.



Division de
l'Éducation
pour la Santé de
l'Organisation
mondiale de la
Santé



Union
Internationale
d'Éducation
pour la Santé

Cette seconde partie comprend les deux second chapitres du document qui, rappelons-le, en compte quatre (Tab.1).

Tableau 1 : Éducation pour la santé

- 1 - Éléments essentiels
- 2 - Changements observés dans "l'évolution de la Santé"
- 3 - Responsabilités et compétences
- 4 - Principes clés des programmes

3 - La pratique de l'éducation pour la santé : responsabilités/compétences

Pour être le plus efficace possible, l'éducation pour la santé doit être organisée et mise en œuvre par des personnes de tous les secteurs et de tous les niveaux de la société : éducateurs pour la santé, travailleurs sociaux, enseignants, parents et amis.

Bien que les tâches d'organisation, de mise en œuvre et d'évaluation soient liées, elles requièrent souvent des compétences spécifiques. Un agent de santé communautaire n'a pas besoin d'être un expert

en organisation et développement de programmes. Mais il ou elle doit participer à l'élaboration du projet. Ces personnes peuvent ne pas connaître les théories ou les fondements conceptuels des processus de changement de comportement, mais peuvent être formées pour mener à bien des activités essentielles en éducation pour la santé.

Les compétences des personnels qui prennent en charge l'éducation pour la santé sont multiples (Tableau 2) :

Tableau 2 : Compétences et responsabilités des personnels d'éducation

- 1 - Les fondements scientifiques et méthodologiques de l'éducation, promotion de la santé, épidémiologie, sciences du comportement et communication sociale.
- 2 - Les peuples et les coutumes en relation avec les conditions de vie et les comportements.
- 3 - Les besoins individuels et collectifs, les conflits socio-économiques éventuels.
- 4 - Les stratégies éducatives adaptées incluant le marketing social.
- 5 - La gestion des ressources et l'évaluation des programmes.
- 6 - La planification, la gestion et la coordination de groupes multi-disciplinaires.
- 7 - La communication avec les membres des autres équipes de santé publique (quantification, priorités de santé, évaluation des processus de changement).
- 8 - La bonne hiérarchie des organismes et institutions.
- 9 - L'information des décideurs du rôle et des résultats de l'éducation quand elle est appliquée et organisée efficacement.

4 - L'efficacité de l'Éducation pour la Santé : éléments communs à toutes les approches

La recherche en éducation pour la santé montre que la réalisation de programmes conçus de manière adaptée produit des effets bénéfiques.

Dans les études où l'éducation pour la santé est aussi bien le mode d'action central que complémentaire, on a enregistré des résultats positifs quant à la réduction des risques liés au comportement et aux différents indicateurs de l'état de santé, y compris la morbidité et la mortalité superflues. De tels résultats positifs ont été obtenus dans le cadre de conditions géographiques, ethniques, socio-économiques variées et concernant des sites très divers comme des communautés, des écoles, des lieux de travail et des centres de soins. Bien organisée et correctement mise en œuvre, l'éducation pour la santé est une composante essentielle de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, du traitement et des soins. Les programmes d'éducation qui aboutissent à des résultats positifs présentent des caractéristiques d'organisation et des aspects techniques communs :

Le soutien financier - Quelle que soit la source de financement, le succès dépend de l'accès aux ressources financières nécessaires pour organiser, diriger, mettre en œuvre et gérer le programme. La probabilité d'obtention du soutien financier augmente si les dirigeants du programme connaissent les particularités politiques.

* 15-21, rue de l'École de Médecine
75270 Paris Cedex 06.

Le soutien politique et administratif - Que ce soit dans les pays industrialisés ou en développement, l'éducation pour la santé n'a pu réussir que s'il y avait une volonté politique, une infrastructure solide et des services accessibles. Un soutien de haut niveau dépend le plus souvent de la capacité des dirigeants du programmes d'éducation pour la santé à convaincre leurs supérieurs hiérarchiques de l'intérêt du programme ou de l'action.

Des objectifs spécifiques - L'éducation pour la santé s'attaque à des objectifs spécifiques et évolutifs. Dans certains cas, ce peut être d'accroître la conscience d'une population des effets nuisibles d'un environnement pollué, et par la suite de mener une action d'amélioration, ou bien la réduction du tabagisme, ou bien l'augmentation du nombre de personnes utilisant les services de santé

Une planification, un contrôle, une évaluation attentifs - L'éducation pour la santé doit être soigneusement planifiée. Elle doit permettre aux praticiens de sélectionner et concevoir des stratégies d'intervention pertinentes pour les besoins spécifiques et les caractéristiques de la population-cible, d'élaborer des indicateurs mesurables de l'évolution du programme, d'effectuer des ajustements à mi-parcours et d'évaluer des effets du programmes.

Une application de théories et modèles multiples - Il n'existe aucune théorie qui, à elle seule, soit suffisante pour guider le développement, la mise en œuvre et la gestion d'un bon programme d'éducation pour la santé ; et c'est la mise en œuvre complémentaire de références sociales, comportementales, éducatives, biomédicales ou organisationnelles du changement qui guidera l'action.

Des méthodes multiples - Une éducation pour la santé efficace utilise une combinaison de méthodes d'intervention complémentaires, parmi lesquelles on retrouve : l'organisation et le développement communautaires, l'éducation, le développement politique et législatif, le "marketing" social, les campagnes à grande échelle et toute une série de stratégies de communication en matière de santé.

La participation - Le principe de participation permet de favoriser une appropriation du programme. Les participants réellement impliqués dans le programme ont moins le désir de s'en écarter.

Du personnel qualifié - Des programmes efficaces sont le résultat d'une planification attentive, d'une mise en œuvre créative, d'une gestion solide et d'une évaluation précise. Pour influencer les décideurs de haut niveau et réaliser ce travail, le personnel peut avoir besoin

d'acquérir de nouvelles compétences comme la capacité de négocier ou de résoudre des conflits.

Conclusion

• Les objectifs

Au bout du compte, l'éducation pour la santé :

- 1 - contribue à la santé des peuples en permettant aux personnes et aux groupes de poursuivre les objectifs qu'ils se sont fixés pour leur santé,
- 2 - améliore et maintient la qualité de la vie,
- 3 - prévient mortalité, morbidité et handicaps évitables,
- 4 - augmente l'interaction humaine et favorise l'autonomie du patient en cas de soin et de traitement.

Pour atteindre ces objectifs, pour progresser en matière de santé, les responsables de l'éducation pour la santé doivent œuvrer pour favoriser une société informée et un système fonctionnel qui réponde aux besoins du public. (Voir à ce propos : World Health Organization. A Call for Action : Promoting Health in Developing Countries, Geneva 1989.)

• Les conditions de l'efficacité

Les éducateurs pour la santé et tous les professionnels qui s'efforcent d'atteindre ces objectifs doivent le faire dans le cadre de trois principes essentiels :

1 - Promouvoir les idées, pour accroître la conscience et l'intérêt collectif et pour faire avancer les forces sociales qui influencent les politiques publiques et les moyens en faveur de la santé

2 - Permettre aux populations d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à l'adoption de choix de santé ainsi que la capacité d'agir individuellement et collectivement pour améliorer la santé.

3 - Appuyer le développement de normes sociales saines, d'alliances et de systèmes qui soient sensibles et qui réagissent aux besoins de santé et aux intérêts des populations.

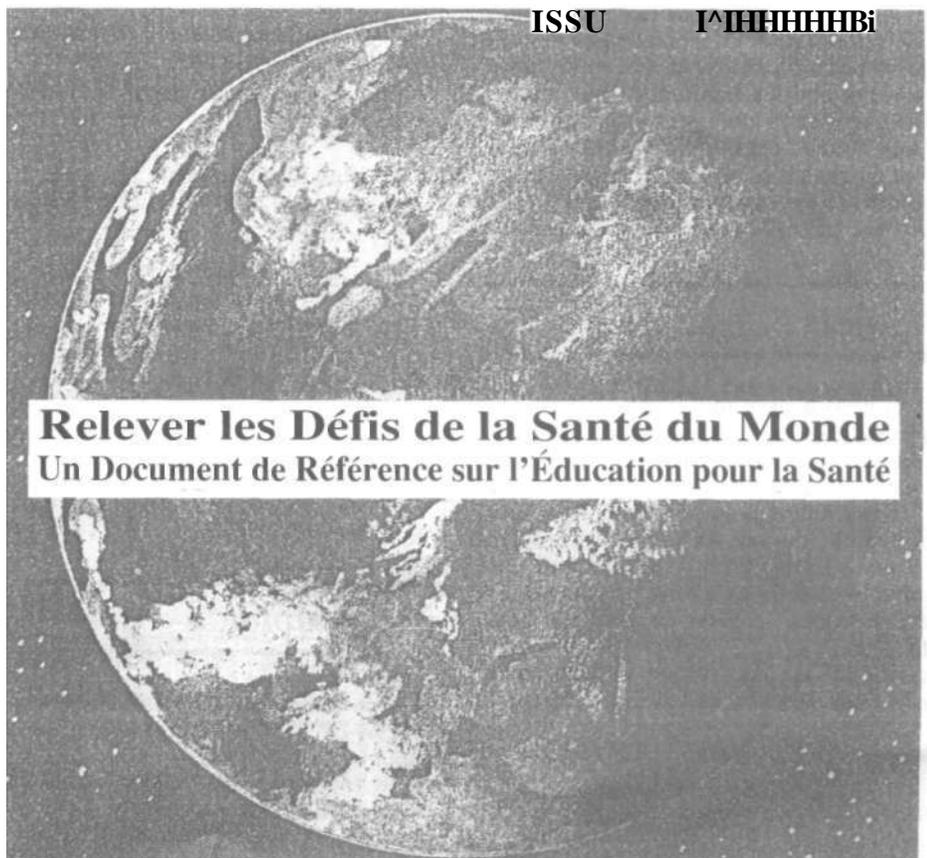
• Les moyens de bases d'une Éducation pour la Santé performante

Quelle que soit la situation, programme global de santé scolaire, projet d'assainissement de l'eau ou programme communautaire de prévention des maladies chroniques, il faut :

1 - renforcer la sensibilisation du public afin d'accroître son intérêt et ses demandes,

2 - intensifier la capacité des leaders de la communauté et des personnels d'éducation par une formation appropriée,

3 - encourager les alliances et le partenariat avec les autres secteurs d'activités et les groupes structurés qui peuvent aider à améliorer la santé



ELA THEORIE A LA PRATIQUE

De l'huile au beurre : quelques représentations et comportements alimentaires de maghrébins en région parisienne

Une des difficultés de l'éducation nutritionnelle des patients diabétiques originaires d'Afrique du Nord réside probablement dans leur attachement plus ou moins étroit à leurs traditions alimentaires. Cependant la durée de séjour en France et le cercle social sont susceptibles d'influer sur ces habitudes.

Problématique et objectifs de l'enquête

Ce travail a pour but d'étudier les comportements alimentaires de sujets Maghrébins en France, c'est-à-dire de décrire les pratiques et d'analyser les discours.

L'hypothèse de départ est la suivante : contrairement à de nombreuses études qui opposent tradition et modernité, nous pensons que les habitudes alimentaires des maghrébins obéissent à une ambivalence fondamentale, mêlant l'acculturation au pays d'accueil et les processus de conservation et/ou de transmission de certains traits d'une identité culturelle.

Sujets

Il nous a paru indispensable de nous adresser à des familles plutôt qu'à des individus pris isolément.

Nous avons donc contacté 30 mères de famille, qui ont toutes fait l'objet d'au moins deux entretiens semi-directifs. A partir d'elles nous avons pu obtenir un entretien avec 15 pères de famille, 17 enfants entre 17 et 20 ans et 15 enfants de moins de 10 ans. Aucun de ces sujets n'avait de désordre métabolique connu.

• Parmi les 30 femmes interrogées :

- 27 sont nées au Maghreb; 10 sont tunisiennes, 17 algériennes et 3 marocaines.

- 25 ont entre 30 et 49 ans, 5 ont plus de 50 ans.
- 9 ont une profession, 11 sont en stage de formation, 10 sont au foyer.
- Toutes ont au moins 2 enfants, 21 ont 4 enfants, ou plus.
- 24 ont une bonne connaissance du français, 6 ne peuvent soutenir une conversation en français.
- 28 sont en France depuis au moins 8 ans.

Parmi les 15 hommes interrogés :

- 12 ont de 30 à 49 ans, 3 plus de 50 ans.
- 13 ont une activité professionnelle, le plus souvent à faible qualification, un est retraité et un est chômeur.
- Tous soutiennent une conversation en français.
- Tous sont en France depuis au moins 18 ans.

Parmi les 17 adolescents :

- 3 sont au lycée, 14 en formation professionnelle.
- Tous parlent couramment le français, 10 comprennent ou parlent couramment leur langue maternelle.

Parmi les 15 enfants :

- 13 utilisent uniquement le français en famille, 2 recourent également à leur langue maternelle.
- Tous résident en "cité" (HLM ou immeubles locatifs).

Méthodologie

117 entretiens ont été recueillis et enregistrés. De plus une conversation participante a été réalisée avec 10 mères de famille (présence de l'ethnologue à la confection du repas et/ou à la prise du repas). L'ethnologue a également accom-

pagné la femme lors de certaines activités "sociales" : sortie collective organisée par un centre social d'animation, cours d'alphabétisation ou de formation.

Résultats

A - Approvisionnement et mode de conservation des aliments

1) Produits d'épicerie

La majorité des familles (23/30) fréquente une fois par mois un grossiste maghrébin. En ce qui concerne l'huile, le choix est surtout fait en fonction du prix, et se porte essentiellement sur l'huile de tournesol, de colza, d'arachide. L'huile d'olive est achetée en faible quantité pour un usage sélectif (plats traditionnels notamment).

Les autres courses sont réalisées en supermarché en cas de besoin, notamment les produits "pour les enfants" (confiserie, soda...).

Les petits commerces maghrébins sont délaissés parce que trop chers.

2) Fruits et légumes

Ils sont généralement achetés une fois par semaine au marché.

3) Viandes et poissons

Les viandes proviennent essentiellement de deux sources :

- une ferme aux environs de Paris où les animaux sont sacrifiés rituellement et vendus au prix de gros ;
- quelques familles fréquentent des boucheries exclusivement islamiques.

Le poisson est essentiellement acheté au marché.

4) Les produits du pays d'origine

Toutes les familles rapportent ou reçoivent des produits du pays d'origine : épices, pâtisseries, céréales, beurre cuit, plantes médicinales. La moitié rapportent de l'huile d'olive, de la viande séchée.

Leur quantité est en règle générale limitée et ils ont plutôt un rôle symbolique rappelant le pays et la famille.

5) Conservation

Toutes les familles possèdent un réfrigérateur et un congélateur, et congèlent eux-mêmes les produits. L'usage des produits surgelés est rarissime.

B- Principes culinaires

Deux types de repas sont préparés en même temps.

1) Les plats "de chez nous"

Les traits spécifiques que rapportent les femmes sont la sauce, la fréquence des fritures, l'usage des épices et de la sauce tomate, la cuisson simultanée de la

viande et des légumes, et le dégoût de la viande peu cuite.

Un repas habituel associe une entrée composée de crudités assaisonnées, un plat principal de viande ou de poissons avec légumes et céréales, un ou plusieurs desserts dont des fruits.

Ce repas peu être "enrichi" pour des invités ou le week-end, le plus souvent en multipliant le nombre de plats de nature voisine et en ajoutant des pâtisseries confectionnées à la maison.

Les viandes sont généralement rissolées et en suce, et tous les plats sont généralement arrosés d'un filet d'huile d'olive avant ou après cuisson.

2) Le manger "léger"

Cette expression désigne les plats francisés, sans sauce le plus souvent et non épicés. Les viandes sont rôties ou poêlées, la variété de légumes se resreint, pommes de terre, pâtes et riz sont plus fréquents, les surgelés apparaissent. Les laitages sont plus consommés, essentiellement le fromage par les hommes et les yaourts par les femmes et les enfants.

C - L'huile et le beurre

L'huile est souvent considérée comme une matière riche et un produit de riches. L'huile d'olive est parfois utilisée comme remède.

Dans un premier temps l'immigration paraît s'accompagner d'une augmentation de matières grasses du fait de l'amélioration des conditions socio-économiques.

Dans la cuisine francisée le beurre tend à remplacer l'huile. Cependant cette cuisine est considérée comme moins grasse par rapport à la cuisine maghrébine, qui serait moins bonne pour la santé et lourde. Ceci n'exprime pas de préoccupation diététique mais un rapport à la culture d'origine.

D - L'économique et le culturel

Volontairement aucune question n'a été posée sur le rapport établi entre alimentation et santé. Spontanément cependant la plupart des adultes interrogés abordent ce problème, et citent en premier lieu la quantité suffisante de nourriture comme étant nécessaire à une bonne santé. Ensuite apparaît la nécessité de ne pas manger trop épicé, afin d'éviter les "problèmes d'estomac", caractéristiques des immigrés selon certains.

En troisième lieu apparaît la nécessité de ne pas consommer trop de sucre, car "les immigrés ont tendance à avoir du diabète car ils mangent trop de sucre".

Le thème du "gras" est le moins abordé, caractéristique selon eux de la cuisine du pays. À aucun moment la cuisine "à la française" n'est dite susceptible de nuire à la santé.

E - Modalité de prise des repas

La pratique du repas par groupe d'âge est largement répandue. Les groupes

mangent séparément des menus différents, la prise des repas en commun et à heures déterminées ne faisant pas partie des habitudes et des préoccupations maghrébines.

Ainsi les adultes mangent le plus souvent des plats maghrébins, attablés à la maison. Parfois hommes et femmes mangent séparément. A ces plats s'ajoutent souvent des produits plus "français", tels les laitages. Les enfants de moins de 12 ans mangent également à la maison, séparément ou avec les parents, et n'acceptent que les plats d'ici. Leur présence influe d'ailleurs parfois sur la consommation des adultes qui adoptent le même alimentation.

Les adolescents mangent le plus souvent dehors, dans la rue ou dans des établissements de restauration rapide. Ils consomment essentiellement des plats très occidentaux, non cuisinés, tels les sandwiches ou les steak hachés-frites. Ils mangent quand ils ont faim, entre eux avec la bande de copains. Exceptionnellement ils mangent à la maison si le repas leur plaît. Leur présence influe donc peu sur l'acculturation alimentaire des adultes.

F - Les interdits religieux

Les interdits alimentaires d'ordre religieux paraissent le plus souvent respectés quelle que soit la tranche d'âge, à la différence des préceptes religieux en général. Le rejet de la viande de porc paraît d'ailleurs autant physique que religieux, la totalité des adultes et quelques adolescents exprimant un dégoût violent de cette viande. Ceci ne paraît pas aussi vrai chez les enfants.

G - La genèse des goûts

Alors que dans le pays d'origine l'allaitement maternel paraît incontournable, la migration vers l'occident paraît s'accompagner d'un refus de l'allaitement qui use la femme et altère sa santé. Le lait maternisé est reconnu comme meilleur pour l'enfant, la meilleure preuve étant qu'ils sont utilisés par les occidentaux.

Il est du reste intéressant de constater que la totalité des enfants - et la moitié de ceux qui mangent plutôt à la française n'ont bénéficié que d'un temps très court d'allaitement.

L'assiduité des femmes auprès des centres de PMI qui enseignent des savoir-faire occidentaux, est également un facteur important de transformation des habitudes alimentaires. Au Maghreb les principes enseignés dans les centres de

PMI sont identiques, mais les mères sont prises dans d'autres cercles d'influence, et notamment les autres femmes de la famille, ce qui modifie la perception des choses. Ceci est d'ailleurs très dépendant du milieu rural ou urbain.

Pour les enfants la cantine scolaire accentue encore cette modification des goûts qui a d'ailleurs une incidence sur les habitudes des parents et notamment des mères.

Conclusion

L'évolution des habitudes alimentaires s'inscrit dans le cadre plus vaste de l'intégration au pays d'origine. Notre étude ne nous permet d'envisager que des parcours individuels et il est impossible de les généraliser à l'ensemble des migrants maghrébins.

Il apparaît que si la permanence d'habitudes alimentaires est importante chez les parents, ils ne semblent pas attachés à transmettre ces habitudes à leurs enfants, préférant insister sur des aspects plus symboliques, tels le respect de l'interdit du porc ou le rituel de regorgement. La diététique ne paraît pas une préoccupation pour la plupart de ces sujets.

Il est intéressant de noter que pour la plupart des personnes interrogées lors de l'enquête, la cuisine française et notamment le remplacement de l'huile par le beurre est considérée comme moins grasse que la cuisine maghrébine. Le fait de ne pas manger trop de sucre est également considéré comme salubre, alors que traditionnellement le sucre est symbolique de douceur.

Les résultats de cette enquête ne sont évidemment valides que dans le cadre de personnes indemnes de désordres métaboliques et n'ayant pas bénéficié d'éducation nutritionnelle. Cependant ils pourront être utiles à une meilleure compréhension des comportements alimentaires des diabétiques originaires d'Afrique du Nord. La francisation de la cuisine, interprétée par certains comme un signe d'évolution sociale favorable à la santé, risque d'introduire des déséquilibres nutritionnels. Ces facteurs méritent d'être pris en compte dans l'éducation des diabétiques.

A. Shabou, P. Miossec, P. Valensi
Sc. d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition
Hôpital Jean-Verdier - Bondy

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

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

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

La Stomathérapie

L'évolution de nombreuses maladies tels que la maladie de Crohn, le cancer du côlon ou encore du rectum et leurs traitements amènent le chirurgien à mettre en place une dérivation digestive.

Il s'agit selon le siège de la dérivation de colostomie ou d'iléostomie définitives ou provisoires.

- Colostomies définitives réalisées chaque fois que la région anale sphinctérienne doit être sacrifiée.
- Iléostomies définitives réalisées après exérèse du côlon, du rectum et du sphincter anal.
- Et stomies provisoires faites en cas d'urgence: stomie de protection qui permet de mettre au repos la partie sous jacente de l'intestin ou pour protéger une anastomose.

La création d'une stomie digestive a pour conséquence la perte de contrôle de l'exonération des matières. Cette faculté de contrôle étant la base de la vie communautaire et sociale, on peut aisément comprendre le désarroi et l'angoisse du patient contraint à s'habituer à une nouvelle image corporelle.

Définition et bref historique de la stomathérapie

La stomathérapie est la maîtrise des connaissances techniques et des principes de la relation d'aide qui vont permettre au stomisé de retrouver son autonomie le plus rapidement possible après l'intervention pour qu'il puisse reprendre une vie sociale, professionnelle et familiale normale. La stomathérapie est née aux U.S.A. en 1958 de la collaboration d'un chirurgien Rupert Turnbull et d'une de ses patientes iléostomisées Norma Gill.

Elle arrive en France grâce à Suzanne Montandon alors surveillante aux hospices de Lyon, qui partit en 1976 se former aux U.S.A. et qui revint avec son diplôme d'Entérostomathérapeute. Celle-ci est à l'origine en 1978 de la première école de stomathérapie à Lyon.

Il existe aujourd'hui quatre écoles de stomathérapie: une à Lyon, une à Bordeaux, une à Nîmes et une à Paris. La formation est de quarante jours, composée de trois modules, sur une période de

six mois. Elle intéresse les infirmières ayant trois ans d'ancienneté et est sanctionnée par un examen final, malheureusement non reconnu.

Cette formation nous a donc permis à nous infirmières en chirurgie d'acquérir et de maîtriser les gestes et techniques d'appareillage, de connaissance de l'individu et les principes de la relation d'aide qui nous manquaient pour permettre au stomisé de reprendre une vie normale.

Rôle de la stomathérapie dans les soins pré- et post-opératoires

1) Rôle en pré-opératoire

La prise en charge du patient est assurée dès les premiers jours précédents l'intervention. Notre rôle débute dès que le chirurgien a prévenu le malade de la nécessité de la confection d'une stomie. Nous complétons si besoin les explications fournies par le chirurgien.

Une fois cette étape passée le repérage du site de la future stomie pourra être effectué sans oublier qu'il doit être aisément vu par le patient. Une bonne localisation permettra un appareillage sans difficulté.

2) Rôle en post-opératoire

Dans les premiers jours post opératoires les soins de stomie sont effectués par la stomathérapeute. Soins d'hygiène simples : la peau doit être nettoyée à l'eau et au savon de Marseille. Utilisation d'une poche confortable et fiable.

Le bon fonctionnement de la stomie est vérifié et il est répondu aux questions de façon précise.

Afin que le stomisé retrouve son autonomie, il doit ensuite apprendre à les effectuer seul. Un bilan des connaissances s'impose avant de débiter car l'apprentissage part de ce qu'il sait déjà.

La phase d'apprentissage ne débute pas pour tous à la même période. Elle dépend de l'état physique et surtout du moment où il commence à accepter sa stomie. Des entretiens quotidiens, non directs permettront de voir où en est le

patient car il est inutile de tenter un apprentissage lorsque le malade est en phase de négation. En effet le patient qui doit subir une intervention aussi mutilante pour son image corporelle, sera dans une situation de détresse (angoisse du diagnostic, de l'intervention, peur de l'anesthésie, dégoût à l'idée de la présence de matières sur son corps). Le stomisé sera confronté principalement à deux deuils.

1) Deuil d'une fonction essentielle qui est la fonction d'exonération des matières, fonction ancrée dans le subconscient de l'homme depuis sa jeune enfance.

2) Deuil de son image corporelle. La stomie entraîne bien sûr une modification du schéma corporel et le stomisé est contraint de vivre désormais avec ce qu'il pense être un terrible handicap et une terrible mutilation.

Par étapes le stomisé apprend les soins aidé par la stomathérapeute jusqu'à ce qu'il soit capable de s'appareiller seul.

Un membre de la famille peut être associé à cette éducation, mais sans permettre qu'il n'interfère dans l'autonomie que doit retrouver le malade. A sa sortie le stomisé doit être tout à fait autonome pour s'appareiller.

La consultation

Ensuite le stomisé est reçu en consultation programmée en même temps que celle du chirurgien, trois semaines à un mois après l'intervention. La stomathérapeute s'assure que les informations données au cours de l'hospitalisation sont bien acquises. Elle complète si besoin l'apprentissage, propose l'essai de différents produits (poches, protecteur cutané...) et parle des associations de stomisés.

Cette consultation permet en outre de parler de diététique, de reprise du travail, d'activités physiques et de la vie sexuelle du couple. La fréquence des consultations varie selon chaque personne et dure en moyenne trente cinq à quarante minutes.

Dans un service bien équipé, comme à l'hôpital de Bondy, deux stomathérapeutes assurent une consultation tous les lundis sur rendez-vous de 9h à 17h, depuis septembre 1993, consultation infirmière cotée en acte médical infirmier dans le service de chirurgie. Son bon fonctionnement est favorisé par la collaboration des différents laboratoires travaillant pour une meilleure qualité de vie du stomisé.

Une liaison téléphonique est nécessaire les premiers temps. Le stomisé peut

nous joindre ou nous laisser un message sur répondeur. Le rôle de la stomathérapeute ne se borne pas au côté relationnel et technique mais son action comporte plusieurs autres volets. Elle a un rôle d'enseignante auprès des soignants et des étudiants et un rôle de gestion du matériel.

Elle peut faire de la recherche par différentes études et essais de matériels proposés par les laboratoires.

En conclusion, la stomathérapie intéresse les patients ayant une stomie à la suite d'une intervention chirurgicale, mais également les malades présentant une fistule, une éviscération difficile à appareiller. Elle s'implique aussi dans les traitements liés aux problèmes de décubitus à savoir les escarres et les lésions cutanées.

C. Lecourieux, N. Gros
Stomathérapeutes - Bondy

PREMIER COLLOQUE DE LA SECTION FRANCOPHONE DU DESG MONTREAL 7-9 JUIN 1995

Ce colloque, organisé conjointement par la **section francophone du DESG**, l'**ALFEDIAM** et l'**Association DIABETE QUEBEC**, sera satellite de la réunion de l'**ALFEDIAM**.

Les buts de ce colloque sont de faire progresser les connaissances et d'améliorer les techniques dans le domaine de l'éducation des diabétiques, et de faire reconnaître l'acte d'éducation comme un acte clinique authentique. Les échanges entre participants européens ou d'Afrique et participants canadiens seront largement favorisés.

La première journée rassemblera tous les participants. Elle comportera

- une conférence plénière ;
- des communications libres, orales et affichées ;
- l'Assemblée Générale de la section francophone du DESG.

Les deux journées suivantes seront consacrées à la visite d'unités de Diabétologie en laissant une large place aux échanges.

Toutes les personnes, **médecins et non médecins**, intéressées par l'éducation des diabétiques sont invitées à participer à ce colloque. La participation de plusieurs médecins ayant l'intention de suivre la réunion de l'**ALFEDIAM** est attendue. Un grand nombre d'infirmières ou d'infirmiers, de diététiciennes ou de diététiciens ont déjà manifesté leur désir de participer à ce colloque.

Des bourses seront attribuées aux para médicaux qui signeront en premier auteur un travail accepté en communication orale ou affichée. Il est fortement conseillé à toutes les personnes intéressées par ce colloque de solliciter dès à présent le Département Formation permanente de la structure publique ou privée dont ils dépendent, en précisant bien que la section francophone du DESG est dotée d'un numéro d'agrément pour la Formation permanente.

Si vous êtes intéressé par ce Colloque, pouvez-vous remplir et retourner le bulletin ci-joint ?

ÉTUDE DEÇA

*Le DESG de langue
française remercie*

**VINSTITUT
SERVIER DU
DIABÈTE**

*de sa collaboration
et de son soutien*

"La punition"

Les différentes équipes médicales qui s'étaient occupées de Mme Z, jeune patiente d'environ 35 ans, d'origine zairoise, DID, présentant une rétinopathie et une hypertension artérielle, ne savaient plus quelle conduite tenir face à ses comportements déroutants. D'un bon niveau culturel (elle avait fait des études supérieures)

elle énonçait de plus en plus fréquemment le désir d'avoir un enfant. Mais la prise en charge de son diabète laissait à désirer : peu ou pas d'auto-contrôle, un maniement fantaisiste de l'Insuline, la persistance d'une HTA labile, et une hémoglobine glycosylée à 8,6%.

L'annonce d'une grossesse fit donc monter d'un cran la mobilisation de l'équipe autour d'elle. La grossesse se déroula à peu près bien, mais le jour prévu de l'hospitalisation pour déclencher l'accouchement, elle était admise aux Urgences avec un traumatisme crânien sans perte de connaissance, des échymoses diffuses sur tout le corps et le visage et une déchirure traumatique du tympan, tout cela manifestement dû à des coups. Elle accoucha d'un garçon mort-né, ne porta pas plainte et énonça presque immédiatement un vœu de nouvelle grossesse.

Devant un tel drame, et l'impuissance dans laquelle nous mettait Mme Z, nous sentîmes le besoin d'évoquer son cas devant un référent extérieur. Nous décidâmes donc de rencontrer un psychologue africain originaire de la même région que la patiente.

En évoquant devant lui ce que nous savions de l'histoire de Mme Z, il nous suggéra une hypothèse qui éclaira d'un jour nouveau le comportement de notre patiente.

Selon lui le peu d'empressement que Mme Z mettait à s'occuper correctement de son diabète tenait au sens qu'elle lui donnait en relation avec sa culture traditionnelle : elle était diabétique car on avait jeté un sort sur elle qui résultait de sa "mauvaise conduite" à l'égard de sa famille. Elle avait en effet refusé le mari que ses parents lui avaient choisi. Elle avait été contrainte à l'exil après leur avoir fait cet affront. Son diabète était apparu peu après. Au cours de ses pérégrinations, elle avait ensuite rencontré un homme, africain lui aussi, avec lequel elle s'était mariée.

Dans cette logique, une certaine atténuation de ses troubles (essentiellement des états d'agitation hystéroides en hypoglycémie) résultait des tractations que le mari de son choix avait fait avec sa famille afin qu'ils pardonnent à leur fille d'avoir trahi leurs principes de vie.

Il était allé négocier au pays un tel pardon et était revenu auprès d'elle, fort de cette promesse qui eut, quelques temps, un véritable effet "chamanique" : cette punition (le diabète) suffisamment justifiée à ses yeux pour qu'elle ne la conteste pas, elle pouvait cependant en alléger certaines manifestations, puisque, sans la lever tout à fait, les parents assouplissaient la sanction. Son diabète fut donc, pendant quelques temps, mieux équilibré.

Cette explication, si elle n'aida pas l'équipe à agir sur les comportements de Mme Z, lui permit cependant une plus grande tolérance et permit aussi de garder une relation d'assez bonne qualité avec une patiente déconcertante, prise dans des relations conjugales très complexes.

Mme Z tout entière prise dans sa culpabilité, et le désir de donner, à tout prix, un fils à son mari, après une fausse couche spontanée à deux mois, donna, deux ans après, le jour à un petit garçon, à nouveau dans des conditions dramatiques (toxémie gravidique). Cet enfant survécut, malgré tout, après trois mois d'hospitalisation.

L'univers de la faute, dont une maladie peut, fantastiquement, représenter la sanction est ici très présent à travers les traditions de la culture africaine.

Chez certains de nos compatriotes (sous des formes parfois plus subtiles, la suggestion en moins) la dimension punitive de la maladie, les empêche parfois de déployer tous les efforts dont ils sont capables pour la prendre en charge.

Ce n'est qu'en "épurant" la maladie de ce "trop plein" de sens qu'elle a pris que l'on peut aider un patient, diabétique en l'occurrence, à la regarder en face, à faire l'effort de mieux la connaître et par conséquent, à mieux la contenir.

J.P. Basclat
Psychologue Clinicien - Psychanalyste
Service de Diabétologie
Hôpital "Gilles de Corbeil"

Diabètes Education Study Group de Langue Française FORMATION DES FORMATEURS

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

- **POURQUOI ?** Éduquer les diabétiques est indispensable et utile. Sans méthode, les résultats restent insatisfaisants à long terme. Peut-on aller plus loin ? Pour essayer d'aller plus loin que simplement transmettre des connaissances, certes utiles mais insuffisantes, c'est-à-dire toucher les bons comportements sans entraver la qualité de la vie, il est nécessaire d'apprendre à faire un diagnostic éducatif, à le mettre en pratique et à l'évaluer.

- **POUR QUI ?** Tous ceux qui s'occupent de l'éducation de diabétiques : médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues.

- **COMMENT ?** Sept modules de trois jours chacun, sur une période de deux ans. Ces modules se composent de toutes les étapes du diagnostic éducatif jusqu'à l'évaluation, et sont prévus pour des groupes intensifs et interactifs de 25 participants, multidisciplinaires, dirigés par l'équipe de formation des formateurs du DESG ainsi que des experts sélectionnés.

- **QUAND ?**

| | | |
|----------|-----------------------|-------------------|
| MODULE 5 | COMMUNICATION | 17 au 19 oct. 94 |
| MODULE 6 | COMMUNICATION (Suite) | 6 au 8 février 95 |
| MODULE 7 | ÉVALUATION | 3 au 5 avril 95 |

Pour toute demande de renseignements ou inscription :

Christine Baudoin - DESG/Formation des formateurs

INSERM - Unité 21

16, avenue Paul-Vaillant Couturier - 94807 VILLE JUIF-CEDEX

Tél.: (1) 45 59 51 08 - Fax: (1) 47 26 94 54

DIABÈTE ÉDUCATION

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Paul VALENSI (Paris)

DIRECTEUR DE RÉDACTION

G. CHARPENTIER

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

COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)
Philippe CHANSON (Paris)
Sylvaine CLAVEL (Lyon)
Judith CHWALOW (Paris)
Fabienne ELGRABLY (Paris)

Jean-Louis GRENIER (Roubaix)
Serge HALIMI (Grenoble)
Anne-Marie le GUERRIER (Rennes)
Bernard LESOBRE (Neuilly-sur-Seine)
Nadia TUBIANA-RUFI (Paris)
Paul VALENSI (Paris)
Patrick VEXIAU (Paris)

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

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

DIAMICRON

Glicazide

g

Une double action : métabolique et vasculaire.

2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

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