



DIABETE ÉDUCATION

Journal du D.E.S.G. de langue française. Section francophone du Diabète
Education Study Group - EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES Vol. 1 - N° 1 mars 90 |

Éditons!

-SOMMAIRE-

- Qu'est-ce que le DESG de langue française **VU POUR VOUS**

- Diabète et exercice physique : une expérience pratique à l'hôpital

TESTÉ POUR VOUS

- Les cassettes vidéo AMES

DIABÈTE ET PÉDAGOGIE

- L'éducation dans le domaine de la santé ..

ÉTUDE DE CAS

- Évolution des croyances du diabétique sur l'étiologie de sa maladie et compliance.

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

- Le jeu « à table »

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

- L'éducation du patient hypertendu

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES RÉCENTES

- La formation des formateurs

DIABÈTE ÉDUCATION

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

S. HALIMI (Grenoble) **DIRECTEUR DE RÉDACTION**

G. CHARPENTIER

Hôpital Gilles-de-Corbeil, 59, bd H.-Dunant
91100 Corbeil

téléphone : 64.96.91.33, poste 4433.

COMITÉ DE RÉDACTION

P. CHANSON (Paris)

S. CLAVEL (Lyon)

J. CHWALOW (Paris)

F. ELGRABLY (Paris)

J.-L. GRENIER (Roubaix)

S. HALIMI (Grenoble)

B. LESOBRE (Neuilly-sur-Seine)

P. VALENSI (Paris)

P. VEXIAU (Paris)

IMPRESSION

Finkmatt Impression

6. rue Finkmatt 67000 STRASBOURG

Le numéro 1 de Diabète Éducation fait office en quelque sorte de foire-part de naissance officiel du DESG de langue française. Qu'est-ce que le DESG ?

Le DESG (Diabètes Education Study Group) créé il y a une dizaine d'années par le docteur J.-P.- Assal, est l'un des groupes de travail de l'EASD (European Association for the Study of Diabètes). Plusieurs sections nationales du DESG, britannique, allemande, italienne fonctionnent déjà et s'efforcent dans chacun de ces pays, de promouvoir, d'organiser, d'enseigner et de faire reconnaître l'éducation diabétique **comme un instrument thérapeutique à part entière.**

En France, comme en Belgique ou en Suisse, nombre de centres ont mis en place ou tentent de faire vivre de telles structures d'éducation. Toutefois, en cette période de rigueur budgétaire, les moyens manquent souvent cruellement et la légitimité de cette approche du diabète échappe parfois à nos administrateurs, la formation des éducateurs (médecins, diététiciennes, infirmières) laisse encore à désirer ou reste l'affaire d'initiatives ponctuelles, les échanges entre centres d'éducation restent exceptionnels, le travail indispensable d'évaluation de cette approche thérapeutique est encore trop timide, enfin la portion congrue est le plus souvent réservée aux communications portant sur l'éducation diabétique dans les Congrès nationaux ou internationaux. Et pourtant, nous savons tous que l'éducation diabétique de qualité demeure la pierre angulaire de notre discipline, la **diabétologie**, qui s'enrichit chaque jour un peu plus de connaissances théoriques et de moyens techniques, mais qui se heurte chaque jour aussi à leur mise en pratique au service du malade.

Dans certains pays européens cette entreprise est en bonne voie grâce à l'effort fait par le DESG Europe. Pour ceux d'entre nous qui font partie du bureau européen du DESG il est apparu indispensable que les pays francophones puissent aussi disposer d'une structure officielle capable de réfléchir aux problèmes spécifiques qui se posent dans nos pays, au départ Suisse, Belgique, France et peut-être plus tard à d'autres. Cette initiative a été favorablement accueillie par les instances européennes et l'actuel président du DESG Europe : John Day.

Nous nous sommes fixés pour but de faire en sorte qu'un réel essor soit donné dans nos pays à l'éducation diabétique quel que soit notre mode d'exercice (CHU - CHG - activité libérale).

Nos objectifs premiers ont été les suivants :

-Établir un état des lieux le plus large possible de l'éducation diabétique en 1989-1990, d'abord en France: structures, moyens, besoins techniques, besoins en personnels, demandes pédagogiques...

Suite p. 2>

DIAMICRON

Gliclazide

Traitement métabolique et vasculaire de la maladie diabétique

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 : 4,32F. 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 comprimés. Effets indésirables : Réactions cutanéomuqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamide-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. Précautions d'emploi : Régimes hypocalorique et/ou hypoglycémique et surveillance biologique habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilités 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: 45,40F + SHP - A.M.M. 312936-1. Boîte de 60: 129,40 F + SHP - A.M.M. 312937-8. Tableau A - Conservation : 5 ans. S.S. 70%. Coll. et AP. Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les-Aubrais. (Information complémentaire : cf. Vidai).

ÉDITO (suite) -

Le résultat de cette enquête, qui pourrait être étendue secondairement à la Suisse et à la Belgique, sera communiqué lors du prochain numéro de Diabète éducation.

- Rédiger un cahier des charges de l'éducation diabétique en France qui servira de base pour notre groupe et d'autres instances représentatives (AFD, AJD, LDF, ALFEDIAM, FENAREDIAM...) à des discussions avec les organismes compétents afin d'obtenir la reconnaissance officielle de [l'éducation diabétique et des moyens spécifiques pour sa mise en œuvre.

- Mettre en place dès novembre 1990, une formation des futurs éducateurs : rigoureuse, officielle et indépendante, faisant appel aux meilleurs spécialistes francophones (médecins, pédagogues, psychologues, spécialistes en communication) afin de développer cette discipline.

- Favoriser les échanges entre centres pratiquant l'éducation diabétique et organiser dès que possible des réunions scientifiques sur ce thème.

- Enfin, mettre à votre disposition ce journal qui comprendra des articles de fond, des reportages sur des expériences en matière d'éducation (centres ou démarches individuelles), un banc d'essai des outils pédagogiques (documents, textes, jeux, vidéo...), des études de cas, une bibliographie avec analyse d'article, une information régulière sur la vie de cette spécialité, congrès, bourses d'échanges, protocoles en cours et si possible un lieu de publication des résultats pour ceux qui souhaiteront les communiquer, enfin une information sur les approches pédagogiques concernant d'autres disciplines médicales que la nôtre.

Comme cela ne vous aura pas échappé, nos ambitions sont vastes, à la mesure de l'importance que nous accordons à cette approche du diabète.

D'ores et déjà merci à tous nos amis, Jean-Philippe Assal, Marc Leutenegger, Président de l'ALFEDIAM, John Day, président du DESG, membres d'honneur, pour leur soutien dans notre démarche. Merci aussi à Pierre Lefebvre, président de l'EASD, Gérard Cathelineau, secrétaire général de l'AFD, pour leurs encouragements.

Notre journal, comme le DESG de langue française, espère être à l'avenir le lieu de rencontre et d'expression de tous ceux qui veulent faire vivre cette discipline, merci de nous aider dans cette tâche.

Pr. Serge HALIMI Président du DESG de langue française, membre du bureau européen du DESG

Qu'est-ce que le D.E.S.G. de langue française ?

Le D.E.S.G. de langue française est une association qui a été créée le 22 février 1989. Ce groupe est en étroite relation avec l'Association européenne pour l'étude du diabète par le biais de sa section d'éducation (Diabète Education Study Group) et avec l'ALFEDIAM dont il a reçu le parrainage.

Ses objectifs

Ses objectifs tels qu'ils sont définis dans ses statuts sont :

- de faire reconnaître l'éducation comme partie intégrante du traitement du diabète ;
- de recenser, concevoir et mettre à disposition les moyens pédagogiques et de promouvoir la formation des éducateurs en diabétologie ;
- de mettre en place les stratégies d'évaluation de l'éducation des diabétiques.

En pratique

C'est ainsi que ce groupe, dont vous trouverez la liste des membres, a travaillé pendant l'année qui vient de s'écouler sur d'une part, la réalisation d'un cahier des charges pour l'éducation des diabétiques

et d'autre part, sur la mise en place d'un programme spécifique de formation des formateurs en éducation en diabétologie.

Par ailleurs, ce groupe a élaboré un journal « Diabète Éducation » qui se veut un lien en matière d'éducation entre les différentes équipes la pratiquant ou celles souhaitant la pratiquer.

Enfin, ce groupe souhaite réaliser un annuaire des différents services et personnes soignantes œuvrant dans l'éducation des diabétiques soit au sein d'une structure publique soit au sein d'une structure privée.

Bureau de l'association :

Serge HALIMI (Grenoble), président
Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu Paris), vice-président
Jean-Louis GRENIER (Roubaix), secrétaire général
Pierre CHOPINET (Annecy), secrétaire général adjoint
Sylvaine CLAVEL (Saint-Étienne), trésorier

Membres :

Nabil ASSAD (Bondy) Martine BONELLO-FARRAIL (Nice) Guillaume CHARPENTIER (Corbeil) Judith CHWALOW (Paris) Jean-Marie JADAUD (Limoges) Bernard LESOBRE (Neuilly-sur-Seine) Patrick VEXIAU (Saint-Louis, Paris)

VU POUR VOUS

Diabète et exercice physique : une expérience pratique à l'hôpital

ou « l'exercice physique à l'hôpital ? c'est possible »

Les bénéfices du sport et de l'activité physique sur l'équilibre métabolique et sur le bien être physique et psychique ont été largement suggérés chez le diabétique. A plus long terme, le bénéfice escompté porte sur la prévention des complications cardiovasculaires.

L'intégration d'une séance d'exercice physique dans un cycle d'éducation chez des diabétiques, a pour but :

- de lutter contre le mythe selon lequel le sport est contre-indiqué chez le diabétique, faisant perdre le bénéfice d'une telle activité sur la santé physique et psychique de l'individu,
- d'expliquer les modalités pratiques d'adaptation diététique et thérapeutique, lors de la réalisation d'une activité physique ou sportive,
- d'utiliser le sport comme outil de motivation individuelle, permettant une meilleure insertion du diabétique dans la vie collective.

Dans le service du professeur G. Cathelineau, à l'hôpital Saint-Louis, des cycles d'éducation pour diabétiques insu-linotraités, sont organisés du lundi au vendredi, une fois par mois. Ils réunissent 5 à 8 patients, qui peuvent être hospitalisés ou qui peuvent suivre le cycle en ambulatoire, rentrant tous les soirs chez eux. Ces cycles comportent 5 demi-journées avec des activités spécifiques, la dernière d'entre elles étant consacrée à la réalisation, en pratique, d'une séance d'exercice physique.

La réalisation en pratique

La veille de la séance, les 8 patients se sont réunis permettant à la diététicienne d'expliquer sur le plan théorique, les adaptations nécessaires tant diététiques que insuliniques, en insistant sur les modifications à faire avant, pendant et après l'activité physique.

Le lendemain, après un petit déjeuner renforcé, les patients, ayant adapté leur dose d'insuline, font un contrôle de leur glycémie capillaire, les informations de la veille leur sont répétées, et nous nous sommes rendus ensemble à la salle de sport de l'APSAP-VP (Association des personnels sportifs des administrations parisiennes de la ville de Paris) mise à disposition par l'hôpital. Après les présentations, le moniteur de sport, responsable de la salle, commence la séance proprement dite. Il nous fait faire quelques exercices d'assouplissement pour la mise en forme, puis une séance sur bicyclette et des exercices de musculation du dos, de la cage thoracique. Bien entendu, ces exercices sont effectués sous la surveillance du moniteur, et adaptés, personnalisés pour chacun, en fonction de son âge et d'éventuels problèmes médicaux. Pendant la séance, la diététicienne, qui est avec nous, a apporté des biscuits, des aliments sucrés, des jus de fruit pour le cas où cela s'avérerait nécessaire. Finalement, après une heure passée dans la salle de sport, nous retournons ensemble dans le service de diabétologie. Les patients refont alors une glycémie capillaire leur permettant d'évaluer l'effet de cette activité sur le contrôle glycémique, puis ils prennent leur collation de milieu de matinée, adaptée à leur glycémie. En fin de matinée, ils contrôlent de nouveau leur glycémie, pour juger des effets de cette activité physique, à distance de celle-ci.

Cette matinée à laquelle j'ai pu assister, s'est déroulée de façon très conviviale et détendue. Cette séance sur le terrain vaut sûrement mieux que de longs discours, sur l'intérêt du sport, et sur sa réalisation en pratique. Bien entendu, le bénéfice que chacun peut en tirer est variable.

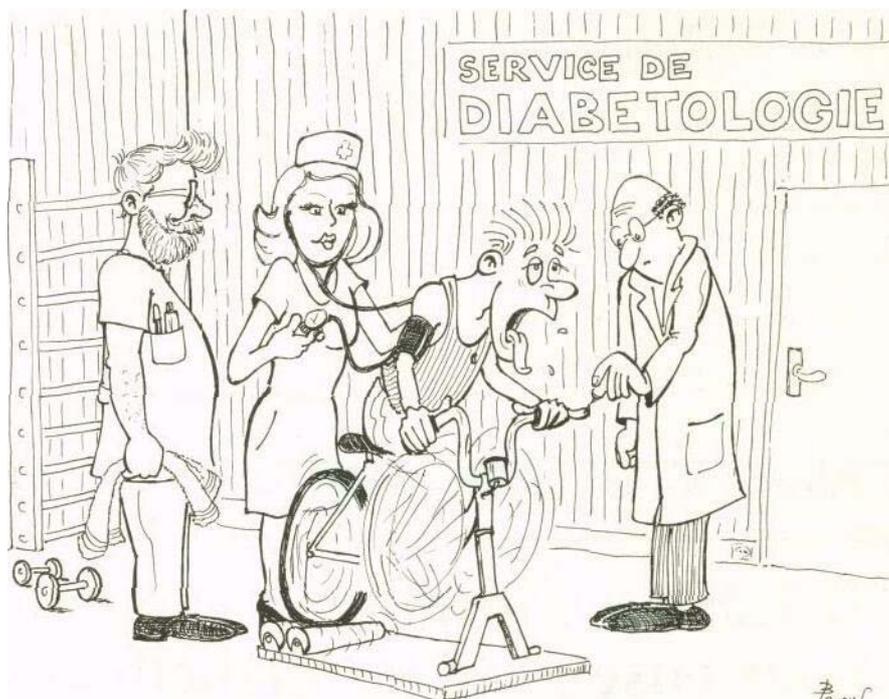
Le groupe est hétérogène, la patiente la plus âgée (70 ans) m'a confié :

« Le sport, ce n'est plus de mon âge ». En revanche les quatre jeunes hommes, qui étaient présents, ont suivi la séance avec beaucoup de sérieux, résolu après cela à se remettre à faire du sport. Plusieurs d'entre eux regrettent même qu'il ne soit pas possible de faire plus souvent du sport pendant l'hospitalisation, mais malheureusement, actuellement, cette salle n'est pas disponible en dehors de cette séance, pendant le cycle d'éducation. Enfin une patiente d'âge moyen m'a confié : « Le

sport, c'est bien joli, mais entre les enfants et le mari, il faudrait encore pouvoir trouver du temps pour en faire ».

Cette Séance, limitée dans le temps, a le mérite de montrer que le sport, chez le diabétique insulino-traité, « c'est possible ! ». Cependant, il faudrait évaluer à long terme, ce qui reste, et ce qui effectivement change dans le comportement des patients après une telle expérience.

Paul Valensi Hôpital Jean-Verdier,
93140 Bondy



TESTÉ POUR VOUS

Les cassettes vidéo AMES

- Cassettes vidéo d'enregistrement des émissions « SAMEDI-SANTÉ », concernant le diabète diffusées sur FR3 et organisées par les laboratoires AMES.

Fiche technique

Durée : 15 minutes par cassette

Sujets traités : 9

1. Diabète **maladie héréditaire**
2. Diabète et diététique
3. Diabète et repas de fête
4. Questions réponses sur l'**autosurveillance**
5. Diabète et sexualité
6. Diabète et législation
7. Diabète et travail
8. Diabète et loisir
9. Diabète et voyages.

Où se les procurer ?

Le laboratoire AMES a diffusé gracieusement ces cassettes dans les services hospitaliers et auprès des **diabétologues**, à la suite des émissions télévisées, au cours de l'année 1989 ; certaines cassettes sont actuellement épuisées.

Une rediffusion télévisée est prévue de mars à novembre 1990 pour les thèmes n° 2, 4, 6, 7, 8, 9.

La duplication des émissions est a priori possible ; les modalités devront en être précisées (vous pouvez toujours les enregistrer...).

Certaines cassettes sont actuellement en vente, (destinées aux patients) à l'Espace diabète des laboratoires AMES à Paris ; deux cassettes regroupant chacune trois thèmes (7, 9, 5, et 6, 2, 4.) sont actuellement disponibles au prix unitaire de 120 francs.

Analyse du contenu

Chaque émission comporte 3 parties : interview d'experts sur le thème, témoignages de patients, renseignements pratiques (adresses, documents utiles...).

La qualité des cassettes est dans l'ensemble bonne.

L'information est diffusée **de façon** claire et objective notamment dans **les** cassettes 2, 5, 6, 8, 9.

La dédramatisation du diabète, la sollicitation du rôle actif nécessaire chez le diabétique, l'importance de la prise en charge spécialisée sont bien développés (2,5,8,9.).

Les droits du diabétique sont très bien exposés (6).

Quelques émissions nous paraissent moins « heureuses » (1,4), ou nous laissent sur notre faim (3, 7). Par exemple, dans la cassette 1, de très nombreuses notions techniques sont abordées, et l'ensemble pourrait paraître un peu compliqué en raison des termes

Dans la cassette 3, si la grande cuisine diététique est bien présentée, les notions « d'extra » déculpabilisants qui font partie de la vie, et les choix de boissons, à notre avis, manquent.

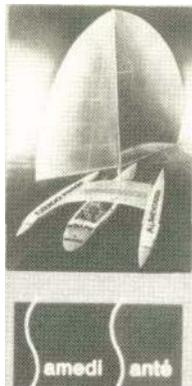
Dans la cassette 7, si les interview médicaux dédramatisent parfaitement le problème, les témoignages des patients ne nous paraissent ni très positifs, ni très représentatifs.

Dans la cassette 4, si l'**autosurveillance glycémique** est bien présentée, intégrée au quotidien et à la vie active, seul le matériel du laboratoire est présenté (ce qui est évident) et à aucun moment les notions d'objectif glycémique adapté à l'espérance de vie, à la présence de complication, ou à une situation particulière - grossesse par exemple - ne sont précisées.

La critique est facile, mais nous savons tous que les contraintes de la T.V. et de la vidéo sont diaboliques. Il est clair que le temps dont disposait les réalisateurs ne permettait pas d'être **exhaustif** bien que le contenu soit dans l'ensemble assez dense, peut être trop.

A notre avis, la diffusion de ces cassettes doit être suivie d'un moment de discussion. Les émissions télévisées étaient d'ailleurs suivies de trois heures de réponses téléphoniques aux questions

des patients ou de leur entourage, assurées par des **diabétologues** professionnels. Le danger réside en effet dans la mauvaise interprétation possible des messages.



En pratique, comment les utiliser ?

Nous utilisons ces documents dans le cadre des hospitalisations de jour et de semaine. La **discussion** d'une ou plusieurs cassettes est effectuée à des moments « creux » entre deux activités.

Le thème est choisi, en accord avec le groupe de patients (et leur entourage) et les soignants répondent **aux** questions après la diffusion.

D'autres types d'utilisation - **salle** d'attente par exemple - pourraient être intéressants.

En conclusion

Ces documents audio-visuels constituent un intéressant outil d'appoint, non exclusif bien sûr, pour l'information des patients et de leur entourage surtout si leur diffusion est suivie de discussions.

Mais, quoi qu'il en soit, ils ne représentent qu'un des aspects de cette information et ne remplacent en aucun cas un programme d'éducation structuré.

Docteur Fabienne **ELGRABLY** Service de **diabétologie** Hôtel-Dieu, PARIS

-DAGOGIE

D.E.S.G. : formation continue pour enseigner les diabétiques

*L'éducation est un domaine qui concerne tous ceux **d'entre-mus** impliqués par la prise en charge et le traitement des diabétiques.*

Les médecins, infirmiers, diététiciens se retrouvent, souvent du jour au lendemain, en position d'expert en éducation des diabétiques. Avec une formation, un temps et des moyens très limités, on attend d'eux qu'ils soient des « éducateurs de santé professionnels » aussi performants qu'ils le sont dans le domaine du soin. L'un des buts essentiels du «Diabètes Education Study Group » est d'améliorer la qualité de l'éducation proposée aux patients diabétiques: c'est la raison pour laquelle une rubrique de ce journal sera régulièrement consacrée à une série d'articles concernant les concepts, les principes, les aspects pratiques de l'éducation des patients et de leur famille.

Dans ce numéro, nous aborderons le thème suivant : « L'éducation dans le domaine de la santé : définition - intérêt».

Dans l'avenir, nous nous proposons de traiter les problèmes suivants :

« **Comment les messages** sont-ils transmis ? »

« **Quel est le rôle de l'éducateur ?** »

« **Quelles** sont les caractéristiques des patients qui modifient l'apprentissage ? »

« **Quelles techniques de communication** utiliser avec les patients diabétiques ? »

« **Les diabétiques ont-ils des besoins spécifiques** en matière d'éducation ? »

•κ **DID versus DNID** : approches différentes pour des problèmes différents ? »

« **Comment évaluer les programmes** d'éducation ? »

*Nous espérons que ces sujets vous aideront dans notre pratique pour **éduquer** vos patients diabétiques, et nous sommes bien sûr ouverts à toute suggestion concernant les thèmes que vous aimeriez voir traités ici.*

J. Chwalow

L'éducation dans le domaine de la santé : définition - intérêt

Les maladies chroniques sont progressivement devenues un sujet d'actualité, et ce, pour trois raisons essentielles : les progrès dans les traitements des maladies infectieuses, le développement de la technologie médicale et l'évolution des données démographiques.

Alors que les connaissances concernant ces maladies chroniques ont considérablement évolué ces dernières années, d'importantes lacunes persistent en ce qui concerne notre compréhension des différents aspects cliniques de la majorité de ces maladies. Dans les domaines psychologiques, sociaux et comportementaux (conduites de maladies), les lacunes sont vastes.

On pense actuellement que sept des dix premières causes de mort les plus fréquentes sont fortement liées à des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir dans le cadre de la prévention ou de la prise en charge efficace. Dans une société démocratique, il n'est pas possible de contrôler par des moyens légaux et **coercitifs** les facteurs comportementaux des maladies et des décès.

Par exemple, on ne peut interdire « légalement » aux femmes d'arrêter de boire pendant leur grossesse pour éviter le syndrome de l'alcoolisme fœtal.

Pour ces raisons, *les études conjointes de l'histoire naturelle des comportements - à travers les sciences du comportement -, et de la modification de ces comportements - à travers les sciences de l'éducation -, sont essentielles.*

L'éducation pour la santé pourrait être définie comme un procédé qui constitue un pont entre l'information pour la santé et la pratique de la santé.

Le but de l'éducation pour la santé est de motiver chaque individu à « faire quelque chose » de l'information qu'il a reçue, à se maintenir en meilleure santé en évitant des attitudes qui sont dangereuses, et en acquérant des attitudes qui sont bénéfiques.

Bien que de nombreuses définitions existent, la quasi majorité d'entre elles suggèrent, comme celle-ci, que l'éducation pour la santé est liée à une modification des comportements.

Par l'éducation, on tente d'intervenir dans les processus de développement des comportements, de façon à maintenir les attitudes positives et à supprimer les attitudes qui sont liées à une augmentation des risques.

Que l'éducation soit utilisée pour la prévention primaire, la prise en charge de la maladie ou la prévention des complications, il doit toujours s'agir d'une intervention dont les buts sont d'éviter la maladie, le handicap ou la mort, ou d'améliorer la qualité de vie grâce à des modifications volontaires des comportements liés à la santé.

Pour qu'une intervention de santé soit réussie, il faut des programmes de santé planifiés, pour des populations cibles spécifiques, mis en place et évalués par rapport à la modification des comportements souhaités.

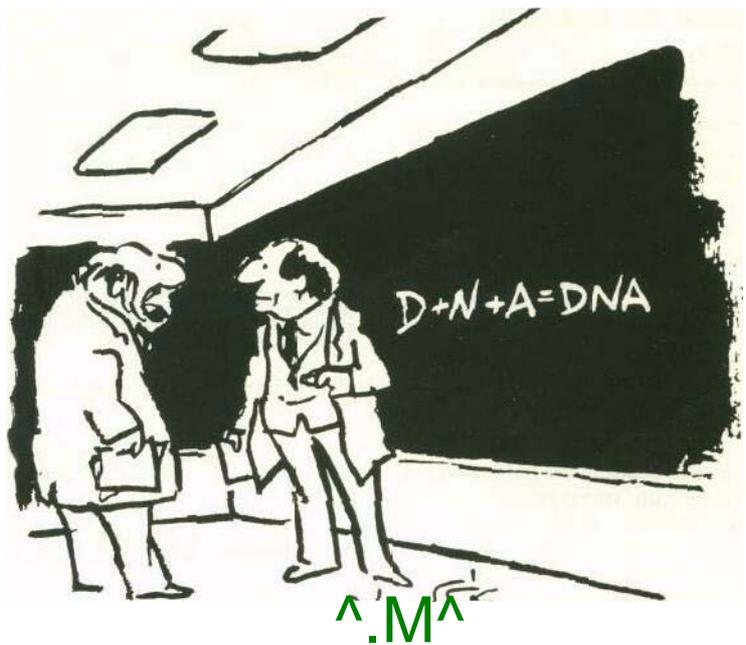
Un diagnostic éducatif peut être dirigé vers les patients, vers l'entourage (amis-familles-pairs) ou vers les professionnels de santé.

Dans de nombreux programmes d'éducation relevés dans la littérature, une approche, que l'on pourrait qualifier de « technique » est utilisée: la méthode éducative est développée d'emblée, sans tenir compte des besoins spécifiques de la population cible, sans définir les résultats a priori attendus.

On observe dans de nombreuses maladies chroniques une tendance à trop simplifier la relation de cause à effet entre une activité éducative et des résultats en terme de santé. Les programmes sont trop souvent développés sans que les concepts fondamentaux dans les domaines psychologiques, sociologiques ou de l'éducation soient pris en compte.

Par exemple :

1) On ne peut espérer obtenir un impact final sur une modification comportementale avec une intervention éducative isolée quelle qu'elle soit ; c'est pourquoi les interventions éducatives nécessitent une approche « multidisciplinaire » et non unilatérale et non réflexive.



Croyez-moi, mon vieux, il me semble que c'est plus compliqué que cela !

Par exemple, on sait que les habitudes alimentaires sont très liées aux caractéristiques culturelles de chaque individu. Quand un nutritionniste prescrit un régime à un patient diabétique non insulino-dépendant récemment diagnostiqué, sans impliquer sa famille ou son médecin généraliste, les chances de succès d'observer chez ce patient une modification des habitudes alimentaires sont très faibles.

2) Des populations différentes ont des besoins différents ; les interventions éducatives doivent être dirigées vers des populations cibles spécifiques, pour avoir le maximum d'efficacité. Par exemple, on a montré que pour aider un jeune adolescent diabétique insulino-dépendant à accepter sa maladie, le travail en groupe avec d'autres adolescents était plus efficace qu'une consultation individuelle avec le médecin.

Autre exemple : on a montré qu'une intervention éducative incluant l'épouse, était utile, efficace chez les patients diabétiques non insulino-dépendants.

3) Les programmes d'éducation sont souvent évalués par rapport aux modifications de l'état de santé ou en terme de maladie.

Or, on ne devrait pas attendre d'une intervention éducative autre chose qu'une modification de comportement. Dans l'évaluation d'intervention éducative de santé, l'absence de paramètres concernant les modifications comportementales est tout aussi critiquable que la présence isolée de paramètres mesurant les modifications d'un état de santé.

En effet, le programme d'éducation peut très bien modifier un comportement, mais la modification de ce comportement n'est pas forcément corrélée à une modification de l'état de santé. Par exemple, un patient diabétique non

insulino-dépendant peut avoir parfaitement suivi son régime alimentaire, et continuer de développer des complications dégénératives après une période de temps donnée.

Si le programme d'éducation n'est évalué que par rapport à des paramètres concernant l'état de santé (ici, l'absence de complication), le succès du programme sur la modification des habitudes alimentaires du patient, sera totalement ignoré.

4) Des modifications de comportement sont généralement atteintes via des modifications des connaissances, des attitudes, des croyances, des valeurs, des perceptions, des supports sociaux (famille, amis, entourage professionnel).

La mesure des modifications dans ces domaines est tout aussi importante que celle des comportements. Par exemple, un diabétique insulino-dépendant peut très bien répondre, stylo en main, à des exercices pratiques concernant la modification des doses d'insuline en fonction de résultats glycémiques donnés, mais il ne modifiera pas ses doses chez lui. >

Le DESG^e de langue française remercie

SERVIER MÉDICAL
de sa collaboration et
de son soutien

Education de santé et diabète

Le diabète est une maladie chronique qui nécessite que le patient joue un rôle central dans la gestion de sa maladie. Ceci implique connaissances, compétences techniques, pratiques dans des domaines aussi variés que l'alimentation, l'activité physique, le maniement de l'insuline, l'auto-contrôle glycémique, les soins des pieds, les situations d'urgence. Comme il s'agit d'une maladie chronique, le patient doit être capable d'intervenir seul, au quotidien, de façon indépendante, sans surveillance médicale continue.

Identifier les besoins du patient diabétique, planifier un programme d'éducation compréhensif, structuré qui soit adapté à sa situation particulière, et évaluer si oui ou non, le programme a réussi à modifier ses comportements et son état de santé : voilà l'intérêt de l'éducation de la santé dans le traitement du diabète.

Judith Chwalow, Dr. PH Unité U21
Unité de Recherches Cliniques et
Épidémiologiques. 16, avenue Paul-
Vaillant Couturier 94807 Villejuif cedex.

Quelques références utiles :

1. - *Report of the President's Committee on Health Education*. New York : Public Affairs Institute, 1973.
2. - Graber AL, Christman BG, Alogna MT, Davidson JK. Evaluation of diabètes patient éducation programs. *Diabètes* 1977 ; 26 : 61-4.
3. - Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB : *Health Education Planning : A Diagnostic Approach*. Palo Alto : Mayfield Publishing Co, 1980.
4. - WHO Expert Committee on Diabètes Mellitus. *Second Report*. W O Technical Report Séries N° 646, 1980.
5. - Skiler JS: Psychological issues in diabètes. *Diabètes Care* 1981 ; 4 : 656-7, 1981.
6. - Sims DF : Thé suggestions of coopérative clients. In : Steiner G, Lawrence P, eds. *Educating Diabetic Patients*. New York : Springer Publishing Co, 1981.

7. - Assal JP, Berger M, Gray N, Canivet J. *Diabètes Education : How to improve patient éducation*. Amsterdam : Ewerpta Medica, 1983.

8. - Assal JP, Muhlhauser I, Pemet A, Gfeller R, Jorgens V, Berger M : Patient éducation as thé basis for diabètes care in clinical practice and research. *Diabetologia* 1985 ; 28 : 602-13.

9. - Kepton RM, Davis WK : Evaluating thé costs and benefits of outpatients diabètes éducation and nutrition counseling. *Diabètes Care* 1986 ; 9:81-6.

10. - Mazza SA, Moorman NH, Wheeler ML et al. Thé diabètes éducation study : a controlled trial of thé effect of diabètes patient éducation. *Diabètes Care* 1986 ; 9 : 1-10.

ÉTUDES DE CAS

Madame Gaby V..., une patiente de 38 ans, d'origine africaine, diabétique

connaissant « des gens qui mangent beaucoup de sucre et qui ne sont jamais malades », un an plus tard elle a confié à la sociologue qu'elle devait avoir le « pancréas malade » et qu'elle avait réussi à convaincre sa famille de cette étiologie non culpabilisante de son diabète qui pouvait être bien traité par

Evolution des croyances du diabétique sur Pétologie de sa maladie et compliance

Apport d'une équipe multi-disciplinaire

insulinodépendante depuis 3 ans, a déjà été hospitalisée plusieurs fois pour déséquilibre de son diabète. Elle a pu bénéficier de plusieurs séances d'éducation en groupe. Un questionnaire d'évaluation a vérifié que les connaissances nécessaires sur le diabète étaient bien acquises. Mais ce questionnaire a clairement mis en évidence que les injections d'insuline et l'auto-surveillance étaient irrégulièrement effectuées et le régime non respecté. Lors de sa troisième hospitalisation dans le service, la patiente a eu un entretien avec une sociologue et un entretien avec le psychanalyste de l'équipe. Elle leur a révélé qu'elle était réfugiée politique et que sa famille lui disait dans les premiers mois suivant l'annonce du diabète : « les diabétiques deviennent incontinents et meurent jeunes..., le diabète est venu parce que tu manges trop de sucre ». La patiente vivait alors avec cette pensée culpabilisante sur l'étiologie de son diabète, maladie honteuse dont risquaient d'être atteints ses enfants. Mais

l'insuline et le régime. Dès lors elle a été encouragée par sa famille, la compliance au traitement et à l'auto-surveillance ainsi que l'équilibre métabolique sont bien plus satisfaisants depuis deux ans.

Cette observation témoigne des influences parfois néfastes des croyances populaires sur l'étiologie des maladies. Elle montre l'intérêt pour l'équipe soignante d'essayer des connaître la propre croyance du patient, et ce grâce à la contribution d'un non soignant. Elle suggère que les séances répétées d'éducation en groupe peuvent parvenir à faire évoluer les croyances et à accroître la compliance au traitement.

Paul Valensi Hôpital Jean-Verdier,
93140 Bondy

DIAMICRON

Gliclazide

Traitement métabolique et vasculaire de la maladie diabétique

2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

Composition : gliclazide 0,080 g par comprimé sécable. Propriétés pharmacologiques : Sulfamide hypoglycémiant présentant des propriétés microvasculaires originales. Indications : Diabète non acidocétosiques, non insulinodépendants 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 : 4,32F. 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 comprimés. Effets indésirables : Réactions cutanéomuqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamide-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. Précautions d'emploi : Régimes hypocalorique et/ou hypoglycémique et surveillance biologique habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilités 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 : 45,40F + SHP - A.M.M. 312936-1. Boîte de 60 : 129,40F + SHP - A.M.M. 312937-8. Tableau A - Conservation : 5 ans. S.S. 70°/o. Coll. et AP. Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les-Aubrais. (Information complémentaire : cf. Vidai).

Le jeu « à table »

Fiche technique

- Contenu du jeu : 72 photos sur support cartonné, de 12 cm de diamètre, représentant des aliments, de la botte de radis au petit-salé aux lentilles en passant par le verre de coca-cola.

- Où se le procurer ? au rayon jouet des grands magasins ou dans les librairies spécialisées pour enfants.

- Prix ; 275 francs. « à table » Collection Éveil, Nathan.

Comment l'utiliser ?

- Ce jeu est initialement destiné aux enfants, et propose des activités de classement par famille d'aliments, première sensibilisation aux règles de composition des repas.

Nous l'utilisons depuis 5 ans à l'hôpital de jour de **diabétologie**, à raison d'une séance par jour, 5 jours par semaine, pour animer l'après-midi consacré à l'éducation diététique. Cette réunion d'environ 1 h 30 regroupe 4 patients, souvent accompagnés de leur famille, et l'une d'**entre-nous**.

Dans la salle de réunion de l'hôpital de jour, deux grands tableaux blancs magnétiques, mobiles, sont disposés. Sur le premier, toutes les photos sont affichées à l'aide d'aimants, pêle-mêle (nous avons d'ailleurs augmenté l'éventail de choix en confectionnant nous-mêmes de nouvelles cartes d'aliments ; sur le second tableau, nous proposons au groupe de patients de composer eux-mêmes, à l'aide de ces photos, les repas d'une journée (petit-déjeuner, déjeuner, dîner et collations).

Les patients se retrouvent alors entre eux, tous debout devant les tableaux, hésitants, discutant entre eux, choisissant et déplaçant les aliments d'un tableau à l'autre. Le groupe s'anime, et un climat convivial de complicité se développe.

Un quart d'heure à une demi-heure plus tard, la diététicienne revient dans la pièce pour commenter et discuter avec le groupe les repas composés.

Analyse de notre expérience

Ce jeu représente un bon outil concret de travail ; il constitue le point de départ pratique de discussions et d'échanges sur l'alimentation.



Les photos sont colorées, appétissantes, variées ; on peut déplacer, ajouter, enlever, remplacer les aliments à souhait.

Ce jeu permet des mises en situations concrètes à partir d'exemples pratiques réalisés par les patients eux-mêmes.

Par exemple : « vous êtes au restaurant, le plat que vous avez choisi manque au menu, que prenez-vous à la place ? » : la notion d'équivalence alimentaire est ainsi introduite.

« Vous n'avez plus le temps de manger, vous devez prendre un train, qu'emportez-vous ? » : cette situation permet de s'assurer qu'un apport **glucidique** suffisant, chez le diabétique **insulino-traité** en particulier, est respecté en cas de « repas vite fait » : sandwich de taille suffisante et fruit.

Autres situations :

« Vous êtes diabétique à l'insuline, vous venez de faire votre injection mais vous êtes nauséux aujourd'hui, qu'allez-vous manger ? » : le choix d'aliments **glucidiques** et leurs quantités sont précisés dans ces circonstances ; intérêt des purées, compote, biscuit, tisane sucrée, jus de fruit...

« Chez des amis, on vous propose la mousse au chocolat de vos rêves ; l'acceptez-vous ? ». La consommation occasionnelle de desserts normalement sucrés (et non **édulcorés**) en fin de repas, à la **place** du fruit est déculpabilisée.

« Il est 10 h du matin, vous êtes dans la rue, vous avez oublié d'emporter votre collation, que faites-vous ? » : cette situation est l'occasion de proposer des choix de collations et d'en rappeler l'intérêt.

« Vous êtes invité pour la première fois, et vous ne connaissez pas le menu, comment contrôlez-vous vos apports en sucre ? » : les petits « trucs » utiles (garder le pain pour la fin du repas, ne se servir qu'une seule fois...), sont discutés.

De nombreux thèmes sont ainsi abordés : alimentation et hypoglycémie, activité prévue et imprévue, repas exotique, repas de fête, choix de boissons, choix de graisses, mode de cuisson, **d'accommodation**, respect de l'équilibre alimentaire d'un repas et des repas dans une journée...

Nous essayons toujours aussi de rappeler que « l'extra » fait partie de la vie !

Au cours de ces réunions, tous les patients et les personnes de leur entourage présentes s'expriment ; une idée en appelle une autre, tout le monde participe, même ceux qui « a priori » pour des raisons de langue auraient été silencieux.

Autre façon d'utiliser ce jeu

Nous utilisons ce jeu de manière parfois différente, par exemple, lorsque les patients reviennent à l'hôpital de jour **une** seconde fois.

En fait, tout est possible avec ce matériel.

On peut par exemple :

- faire découvrir aux patients l'importance de l'équilibre alimentaire : en leur proposant de reconstituer les groupes d'aliments avec les cartes (il est plus sympathique de coller une photo d'aliment que d'écrire son nom à la craie sur un tableau),

- rectifier les idées fausses et « a priori » sur les aliments : en demandant aux patients de classer les photos en trois catégories : « les aliments que vous mangez à volonté », « ceux qui vous mangent en quantité contrôlée » et « ceux que vous évitez de manger »,

- tester les **connaissances pratiques** : en demandant aux patients de critiquer des repas particulièrement déséquilibrés composés par la diététicienne,

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Le diabète n'a pas le monopole, loin s'en faut, des maladies chroniques. De nombreuses maladies justifient, elles aussi, un

- vérifier la maîtrise des équivalences pratiques (sans balance) : par les échanges entre aliments d'un même groupe.

Conclusion

Avec cette méthode d'éducation **nutritionnelle** concrète, visuelle, dynamique, nous avons le sentiment de dépasser les difficultés culturelles et linguistiques que l'on peut rencontrer avec d'autres méthodes pédagogiques plus classiques.

A vous de jouer !

Anne-Sophie **CHAPPUIS** Patricia **FIQUET**
Annick **LAFFITTE** Florence **PACINI**
Diététiciennes, service de **diabétologie**, Hôtel-Dieu, Paris

intérêt à court terme sur les modifications

affectives ou **cognitives** mais, à long terme, les changements de comportement ou un réel bénéfice médical étaient plus discutables.

Le groupe du **Johns Hopkins University, Baltimore (JAMA 1979; 241: 1700-1703, Am J Public Health 1983; 73 : 153-162)** a tenté de répondre à ces

L'éducation du patient hypertendu

traitement prolongé, à vie, alors même que les symptômes liés à la maladie peuvent être absents. C'est le cas de l'hypertension artérielle qui offre un modèle susceptible d'intéresser les **diabéto-logues** puisque le contrôle de la pression artérielle (qui permet, on le sait bien, une diminution des risques liés à la maladie) nécessite, comme pour le diabète, une adhésion au traitement qui soit la meilleure possible. La place de l'éducation dans l'amélioration du suivi thérapeutique y a donc été soulignée. Néanmoins, comme dans le cas du diabète, de nombreuses critiques ont émergé après les premiers articles faisant état de son intérêt potentiel : on lui a reproché une absence d'efficacité nette, en lui reconnaissant un

critiques en mettant sur pied une étude prospective dans laquelle trois types d'interventions éducatives ont été proposées à des patients hypertendus.

La mauvaise adhésion au traitement **antihypertenseur** (seuls 42 % des patients reconnaissent prendre leur traitement de façon correcte) pouvait en effet être expliquée par trois « points faibles » :

1. - Les patients se plaignaient de mal connaître leur propre traitement et

d'éprouver des difficultés à incorporer leur traitement à leurs horaires quotidiens.

2. - Pour certains patients, c'est l'environnement familial qui faisait défaut : la famille comprenant mal la gravité d'une maladie qui ne donne aucun symptôme.

3. - Enfin, les patients éprouvaient fréquemment un sentiment de découragement et une faible confiance en eux-mêmes à pouvoir résoudre leur propre problème.

Trois types d'intervention éducative ont été proposés de façon randomisée à 400 patients hypertendus :

- Entretien individuel, de 15 minutes, où un étudiant entraîné expliquait au patient l'importance du traitement et renforçait les prescriptions du médecin. Le traitement était discuté et la prise médicamenteuse personnalisée, adaptée aux horaires du patient.

- Visite à domicile d'un intervenant, entraîné lui aussi, qui rencontrait un membre de la famille afin d'identifier avec lui les moyens d'aider le patient à suivre le traitement, de lui faire comprendre l'importance d'adhérer au traitement même si le patient se sent mieux et de trouver avec lui les moyens de ne pas oublier ce traitement.

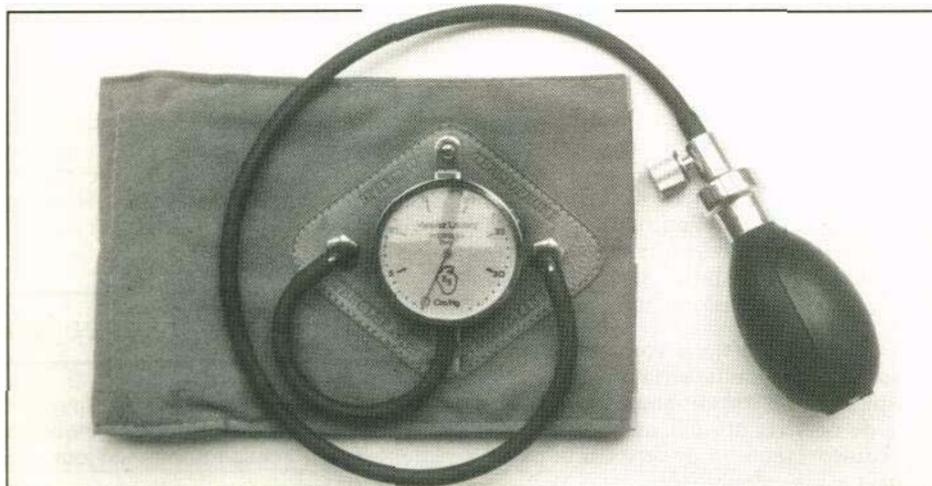
- Sessions de groupe (trois séances d'une heure) utilisant la dynamique de groupe pour améliorer la compréhension et leur donner confiance en **eux-même** sur ce problème de l'adhésion au traitement ; les patients y échangeaient leurs impressions et partageaient leurs difficultés.

Les résultats analysés 18 mois plus tard sont tout à fait positifs, non seulement en termes d'amélioration de l'adhérence au traitement mais également en termes de perte de poids et surtout de contrôle de la pression artérielle. En termes d'adhérence au traitement, c'est la combinaison entretien et visite à domicile de la famille qui a le meilleur impact, le rôle majeur étant joué par la visite à domicile. Le pourcentage de patients dont la pression artérielle était contrôlée, était nettement supérieur (66 %) après l'association des trois interventions à celui du groupe contrôle (42 %). Chacune des interventions a un rôle modeste (il semble que les sessions de groupe soient les plus efficaces individuellement) et c'est la combinaison des trois qui produit le meilleur effet. A 5 ans, la mortalité globale et la mortalité liée à l'hypertension artérielle ont été réduites, dans le groupe expérimental, de respectivement 57,3 % et 53,2 %.

D'autres études, plus « ciblées » sur certains groupes particuliers à haut risque, sont en cours.

Ainsi, l'analyse de telles études ne peut que donner de bonnes idées aux **diabéto-logues** concernés par les problèmes d'éducation et surtout justifie l'importance d'une évaluation objective des interventions éducatives.

Philippe Chanson Hôpital **Lariboisière** - Paris



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES RÉCENTES

- **AMERICAN JOURNAL OF DISEASES OF CHILDREN**
 - Management of Diabète in Pédiatrie Résident Continuity Clinics. KK. Kronz, RA Hibbard, DG Marrero, GM Ingersoll, NS Fineberg, MP Golden. 1989, 143, (10), 1173-6
- **AMERICAN JOURNAL OF SURGERY**
 - Prévention of Amputation by Diabetic Education. JM Malone, M Snyder, G Anderson, VM Bernhard, GA Holloway, TJ Bunt. 1989, 158, (6), 520-4
- **ARCHIVES OF DISEASE IN CHILDHOOD**
 - Do éducation groups help diabetics and their parents. Hackett AF, Court s, Matthews JNS, et al. Arch Dis Child 1989, 64 (7) : 997-1003
 - Obesity and diabetic control. Abusrewil, Savage. 1989,64(9): 1313-1315.
- **BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY ,**
 - Abnormal Eating Attitudes in Young Insulin-[^] Dépendant Diabetics. JM Steel. RJ Young, GG Lloyd, CCA Macintyre. 1989, 155 515-21
- **BRITISH MEDICAL JOURNAL**
 - Novel rôle for specialist nurses in managing diabète in thé community. Mackinnon M, Malcolm Wilson R, Hardisty ÇA, et al. 1989, 299 (6698) : 552-554.
- **DIABETE & METABOLISME**
 - Programme of éducation for obèse patients. Preliminary results after one year AL Calle. Pascual, C Rodriguez, MJ Hernandez et al. 1989, 15, (6): 403-8.
- **DIABETES CARE**
 - Adjustment to diabète mellitus in preschoolers and their mothers. Wysocki T, Huxtable K, Linscheid TR, Wayne W. 1989, 12 (8) : 524-529.
 - Effect of diabète éducation on self-care, metabo-lic control, and emotional well-being. RR Rubin, M Peyrot, CD Saudek. 1989, 12, (10) : 673-9.
 - Effect on once-a-week training program on physical fitness and metabolic control in chiidren with IDDM. NP Huttunen, SL Lankelaa, M Knip et al. 1989, 12, (10)
 - [^]s. - Survey of diabète professionals regarding developmental changes in diabète self-care. T Wysocki, P Meinhold, DJ Cox et al. 1990, 13, (1)
 - Education for patients with established NIDDM. AM Jennings, M. Mackinnon, P Sparkes et al (letter). 1990, 13, (1)
 - National Standards for diabète patient éducation and American Diabète Association Review Criteria, 1990, 13 (suppl. 1), 60
- **DIABETES EDUCATOR**
 - Adhérences to High-Carbohydrate, High-Fiber Diets. James W. Anderson, MD ; Nancy J. Gustafson, MS, RD. 1989, 15, (5) : 429-34
- Importance of Periodic Rééducation of Hospital-Based Nurses in Capillary Blood Glucose Monito-ring and an Evaluation of thé Usefulness of Réflectance Meters. John M. Amatruda, MD ; Barbara B. Vallone, RN : Told Schuster, BS ; Robert A. Mooney, Ph D. 1989, 15, (5) : 435-9
- Patient Perceptions of Diabète Treatment Goals. Gail A. D'Eramo-Malkus, EdD, RN ; Pénélope Demas, BS. 1989, 15, (5) : 440-3
- Performance of Seven Blood Glucose Testing Systems at High Altitudes. Beverly P. Giordano, RN, MS, CDE ; Wayne Thrash, RN, BS, CDE ; Laura Hollenbaugh, MT (ASCP) ; et al. 1989, 15, (5) : 444-9
- How Effective Are Your Patient Education Materials ? Guidelines for Developing and Evaluating Written Educational Materials. Pamela Farell-Miller, RD, CDE; Paul Gentry, RD, CDE. 1989, 15 (5) : 418-22
- Impact of Prospective Payment on thé Rôle of thé Diabète Educator. Nelda C. Martinez, MS, RN, CDE; Donna M. Deane, PhD, RN. 1989, 15, (6) : 503-9
- **Evaluation of Two Approaches to Educating Elementary Schoolteachers About Insulin-Dependent Diabète Mellitus.** Harriett M. Gesteland, MSN, PNP ; Sharon Sims, RN, PhD ; **Rob N. Lindsay, MD.** 1989, 15 (6) : 510-13
- A Hospital-Based Day Camp for Chiidren With Diabète. Pamela Meadows Dorman, MN, RNCS, CDE. 1989, 15(6): 514-17
- Thé effect of Social Learning Intervention on Metabolic Control of Insulin-Dependent Diabète Mellitus in Adolescents. Sylvia R. Massouh, MA, MS, RN, CDE ; Teresa M.O. Steele, MS ; Elizabeth R. Alseth, MS, RN ; Judy M. Diekmann, RN, EdD, OCN. 1989, 15(6): 518-22
- Dietary Fiber in Foods : Options for Diabète Education. Janet Tieryen, RD. 1989, 15 (6) : 523-28
- Factors That Influence Diabète Patient Teaching Performed by Hospital Staff Nurses. Donna R. Moriarty, RN, MSN, CDE ; Lana C. Stephens, RN, MSN. 1990, 16, (1): 31-5
- Rôle of thé Diabète Nurse Educator in Improving Patient Education. Ellen D. Davis, RN, MS,CDE. 1990, 16, (1): 36-8
- Thé Rowdy Reactors : Maintening a Support Group for Teenagers With Diabète. Lynn Crowe, BS; Joyce L Billingsley, RN, MEd, CDE. 1990, 16, (1): 39-43
- Thé Heaith Belief Model : Evaluation of a Diabète Scale. Ann C. Hurley, RN, DNSc. 1990, 16, (1): 44-9
- Adhérence to Diabète Regimens : Empirical Status and Clinical Applications. Steven M.S. Kurtz, PhD. 1990, 16(1): 50-6
- **DIABETIC MEDICINE**
 - Multiple daily insulin injections improve self-confidence. Houtzaggers, Visser AP, Berntzen PA, van der Stap H, van Maarschalkerveerd WWA, Heine RJ, van der Veen EA. 1989, 6, (6) : 512-519
 - Dietary recommendations for chiidren and adolescents with diabète. Kinmonth A.L, Magrath G, Reckless JPD and thé Nutrition Subcommittee of thé Professional Advisory Committee of Thé British Diabetic Association. 1989, 6, (6) : 537-547
- **DRUGS**
 - Influence of thé Degree on Control of Diabète on thé Prévention, Postponement and Amélioration of Late Complications. BR Zimmerman. 1989, 38, (6) : 941-56
- **HORMONES AND SPORTS**
 - Evaluation of Physical Fitness in Young Diabetic and Obèse Patients Practising or Not Practising Physical Activity. A Gombacci, S Marinoni, G Tonini étal. 1989,55,205-7
- **JOURNAL OF DISTRICT NURSING**
 - Sharing a way of life ; Living with diabète ; Wich way next? Vidéos from Nordisk-UK.. J District Nurs 1989, 8(1): 19
- **THE JOURNAL OF THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS**
 - Diabète and care - what do patients expect? Kinmonth A.L, Murphy E, Marteau T. J Roy Coll Gen Pract 1989, 39 (325) : 324-327
- **THE LANCET**
 - Nutritional advice for diabetic chiidren. (abs-tract). British Diabetic Association. 1989, II (8662) : 575
- **PATIENT EDUCATION AND COUNSELING**
 - Editorial : Into thé mainstream of clinical préventive medicine. E.E. Bartiett. 1989, 14, (3): 171-180
 - Randomized controlled évaluation of an éducation program for insulin treated patients with diabète : effects on psychosocial variables, I. de Weerd. A. Ph. Visser, G. K.ok and E.A. van der Veen, 1989, 14, (3) : 191-215
- **PEDIATRICS**
 - Pédiatrie endocrinologie recommendations, pédiatrie practice, and current pédiatrie training regarding care of chiidren with diabète. Golden MP, Hibbard RA, Ingersoll GM, et al. 1989, 84, (1): 138-143
- **PRACTICAL DIABETES**
 - « Knowledge is power ». Wales J, Chairmah and Professor of Medicine, United Arab Emirates. 1989, 6,(4): 147
 - Travelling with diabète. Hillson R. 1989, 6 (4) : 151-153
 - Diabète and driving. Rowse E. 1989, 6, (4): 154-155
 - A new diabète record diary. Crace CJ. 1989, 6, (4): 169-172
 - Pédiatrie home care : a flexible approach to thé family centred care of chiidren vith DM. Mair EJ. 1989, 6, (4) : 173-176

r

BULLETIN D'ABONNEMENT 1 an (4 numéros) : 60 F

Nom :

Prénom :

Adresse

û retourner à : Diabète Éducation - Dr Charpentier 59, bd H.-Dunant, 91100 Corbeil-Essonnes

La formation des formateurs

Pourquoi ?

Il y a une dizaine d'années, le rôle de l'éducation dans le traitement du diabète était à peine évoqué.

Sous l'impulsion de certains diabéto-logues et notamment de Jean-Philippe Assal et de son groupe à Genève, l'éducation du diabétique et de son entourage est devenue l'une des pierres angulaires du traitement du diabète permettant aux diabétiques de mieux connaître leur maladie donc de mieux la maîtriser pour obtenir un confort de vie optimum.

A l'heure actuelle, personne ne conteste l'importance d'éduquer les patients diabétiques, mais cette tâche reste difficile et son efficacité dépend essentiellement de la qualité des formateurs. Les soignants peuvent savoir comment traiter le diabète, mais la plupart d'entre eux n'ont que des notions très empiriques sur la manière d'enseigner les malades et de les informer sur leur maladie.

En effet, la plupart des études réalisées ont mis en évidence que les personnels qui avaient un rôle d'éducation dans les équipes n'avaient presque jamais eu de formation pédagogique, psychologique ou en communication, adaptée à ce type de travail.

C'est dans cette optique que le DESG de langue française a conçu un projet ambitieux de formation des formateurs en éducation en diabétologie, destiné aux professionnels de santé ayant au moins un an d'expérience dans une structure diabéto-logique où l'éducation des diabétiques est réalisée de manière effective.

A qui ce programme s'adresse-t-il ?

Le programme de cette formation a pour objectifs d'enseigner à des médecins, à des infirmières, à des diététiciennes et à tout autre personnel para-médical intervenant dans une structure d'éducation pour diabétiques, les éléments pour bien conduire cette éducation. Cette formation devrait conduire à la création d'un corps de soignants en éducation en diabétologie qui pourrait avoir un rôle non seulement dans les structures spécialisées (mise en place, évolution, évaluation...) mais également dans les structures non spécialisées pour aider à la prise en charge des diabétiques au quotidien et pourquoi pas, même dans le cadre de la prévention du diabète.

Programme de formation

Ce programme de formation comprend cinq modules de cinq jours chacun répartis sur une période de deux ans :

• 1^{er} module : définition du message pédagogique en diabétologie et remise

connaissances (du 5 au

à jour des 9.11.1990).
le diagnostic 26.03.1991).
• 2^e module : aspects pédagogiques : éducatif (du 22 au

• 3^e module : aspects psycho-sociaux (septembre 1991).

• 4^e module : les techniques de communication (janvier 1992).

• 5^e module : méthodologie d'évaluation (juin 1992).

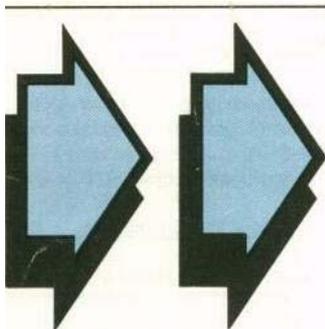
Afin de favoriser l'abord de cette formation, et notamment pour le 1^{er} module, un questionnaire d'auto-évaluation sera adressé préalablement aux stagiaires afin que déjà ils puissent envisager une propre remise à jour des connaissances en fonction de leurs résultats.

Un examen ainsi qu'un mémoire sanctionneront ces deux années de formation.

Renseignements pratiques

Si vous souhaitez avoir de plus amples renseignements sur cette formation tout à fait spécifique et originale, vous pouvez écrire ou téléphoner au siège social du DESG de langue française :

Centre d'éducation pour le traitement du diabète et des maladies de la nutrition, Centre hospitalier de Roubaix, 26, boulevard Lacordaire, 59100 Roubaix. Tél. : 20.70.47.47



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

DIAMICRON

Gliclazide

Traitement métabolique et vasculaire de la maladie diabétique

2 comprimés par jour dans la majorité des cas.

Composition : gliclazide 0,080 g par comprimé sécable. Propriétés pharmacologiques : Sulfamide hypoglycémiant présentant des propriétés microvasculaires originales. Indications: Diabète non acidocétosiques, non insulino-dépendants de l'adulte et du vicillard, 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 : 4.32F. 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 comprimés. Effets indésirables : Réactions cutané-muqueuses qui régressent à l'arrêt du traitement, troubles digestifs banals, et chez des sujets sulfamido-sensibles, troubles sanguins généralement réversibles. Précautions d'emploi : Régimes hypocalorique et/ou hypoglucidique et surveillance biologique habituelle des traitements antidiabétiques. Possibilités 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: 45,40F + SHP - A. M. M. 312936-1. Boîte de 60: 129,40F + SHP - A.M.M. 312937-8. Tableau A - Conservation : 5 ans. S.S. 70%. Coll. et AP. Les Laboratoires Servier - Gidy - 45400 Fleury-les-Aubrais. (Information complémentaire : cf. Vidal).